

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1970

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Université)

PAR

Ardashir MARDIROSIAN

Né le 31 Janvier 1937 en IRAN

L'ENDOMETRIOSE

A PROPOS DE DIX OBSERVATIONS INEDITES,
DONT TROIS LOCALISATIONS PEU FREQUENTES

Presentée le

Président Mr. J. DEBRUX, Professeur

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

Année 1970

T H E S E

POUR LE

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Université)

PAR

Ardashir MARDIROSIAN

Né le 31 Janvier 1937 en IRAN

L'ENDOMETRIOSE

A PROPOS DE DIX OBSERVATIONS INEDITES,
DONT TROIS LOCALISATIONS PEU FREQUENTES

Presentée le

Président Mr. J. DEBRUX, Professeur



A mon président de thèse

Monsieur le Professeur
J. DEBRUX

Digitized by the Internet Archive
in 2026





INTRODUCTION

L'endométriose, affection fréquente chez la femme en période d'activité génitale, se définit par la présence des îlots ectopiques endométriaux, sur les organes considérés. Elle pose différents problèmes de diagnostic, de traitement et de pronostic.

Notre étude, rapporte essentiellement 3 observations inédites d'endométriose dont nous donnons en tout premier les localisations :

Le point essentiel de ces 3 observations et leur particularité, est que chacune d'entre elles apporte une localisation rare : l'une a été révélée par une localisation ombilicale ; la seconde rapporte une localisation iléo-caeco-appendiculaire ; la troisième enfin, est une endométriose du col dont le diagnostic différentiel avec un cancer du col a été au premier pas du diagnostic. Nous donnerons donc en premier la description détaillée de ces trois observations. Puis au cours de la discussion de l'endométriose, dans un cadre plus général, nous apporterons quelques détails de différentes observations, également inédites, mais uniquement pour souligner les différents faits que nous voulons étudier tout particulièrement dans le cadre de l'endométriose.

Nous profiterons de la diversité des localisations que nous rapportons pour attirer l'attention sur la fréquence des localisations endométriales rencontrées dans les publications. Nous nous proposons, après un bref rappel historique d'étudier rapidement les différentes théories étio-pathogéniques actuellement mises en avant, ce qui nous conduira à définir les grandes lignes anatomo-pathologiques, car la diversité des interprétations qui ont pu opposer les auteurs sont à la source des différences de classification.

Disons tout de suite que nous optons pour une classification séparant les endométrioses utérines (adénomyoses ou endométrioses internes), des localisations extra-utérines (endométrioses externes) qu'ellessoient intra ou extra-péritonéales.

Nous dégagerons ainsi, à la lumière d'une revue générale des signes cliniques et des différents examens complémentaires, les éléments qui pourront permettre d'arriver à un diagnostic pré-opératoire de façon à proposer dans la mesure du possible, une attitude thérapeutique pour laquelle nous envisagerons également les méthodes chirurgicales et non chirurgicales à opposer à la maladie.



RAPPEL HISTORIQUE

L'endométriiose a été décrite pour la première fois par ROKITANSKY en 1860. La description proprement dite revient à RECKLINGHAUSEN, en 1896, qui étudia ces ectopies de tissus type endométrial. RUSSEL rapporte la même année la présence dans l'ovaire de tissu ectopique endométrial. MEYER en 1908 rapporte le 1er cas d'atteinte endométriale de l'intestin.

Le mérite revient à SAMPSON qui, dès 1921, proposa une classification des endométrieses en interne et externe ; expliquant la possibilité de greffes par reflux du sang menstruel. Jusque là, 20 cas d'endométrieses avaient été publiés dans la littérature mondiale.

Dans leur rapport du 48 ème congrès français de chirurgie tenu à Paris en 1939, BROCC et VARANGOT attirent l'attention sur l'anatomopathologie, la clinique et la pathogénie.

ETIOPATHOGENIE

- L'origine de l'endométriiose, sa nature et sa dépendance des hormones ovariennes font d'elle une affection sans équivalent en pathologie générale.
- Elle est constituée de tissus type endométrial, se développant en dehors de la muqueuse utérine. Il s'agit d'une "tumeur bénigne à caractère expansif loco-régional et à pouvoir métastatique à distance".
- Les îlots endométriaux ne subissent pas toujours l'influence hormonale.
Leur réceptivité est variable. Lorsqu'ils sont réceptifs, ils prolifèrent et saignent dans les cavités closes kystiques et s'atrophient ensuite.
- La fréquence de l'endométriiose est variable suivant les auteurs.



VARANGOT, POLLOSSON et ROCHET, GAUTHIER et ses collaborateurs l'estiment à 10 % des laparotomies exploratrices, pour des syndromes gynécologiques ; pour PETARKOSTIC, cette fréquence est de 2,65 % pour 6.494 laparotomies. Dans les publications étrangères, cette fréquence est de 3,5 % à 18 %. On note actuellement une nette augmentation des cas rencontrés ; ceci est dû à l'amélioration de procédés de diagnostic, à la meilleure connaissance des lésions anatomiques et à l'étude minutieuse des pièces opératoires. Ainsi, P. GUILHEM et ses collaborateurs découvrent cinq cas par an en 1954 et 32 cas en 1964, soit six fois plus.

- L'âge est variable selon les auteurs et les localisations. Les extrêmes vont de 18 à 80 ans avec une moyenne d'âge qui se situe entre 35 et 45 ans (COUNSELLER 1352 - Malade, 1951).

- La fréquence par rapport à l'âge des malades et selon les auteurs est précisée dans le tableau (I)

- Il existe différentes théories pour expliquer l'ORIGINE de l'endométriase.

- Théorie dysembryoplasique

C'est la plus ancienne. RUSSEL en 1899 émit l'hypothèse que ces îlots endométriaux proviennent des restes embryologiques de canaux de MULLER.

- La théorie de métaplasie coelomique

Les îlots d'endométriase proviendraient de la différenciation de l'épithélium coelomique du péritoine pelvien.

IVANOFF et MEYER ont soutenu cette théorie à laquelle NOVAK s'est rallié.

- Plusieurs théories tentent d'expliquer la PROPAGATION : Elle peut se faire en surface dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ou en profondeur :

- a) théorie diverticulaire émise par CULLEN en 1908

Il y a dissociation et refoulement de myomètre et tissu avoisinant, par pénétration des cellules choriales ou par lyse de tissus conjonctiv-musculaires.

C'est cet aspect qui est réalisé dans les infiltrations de la cloison recto-vaginale et dans l'atteinte utérine.

b) Théorie de SAMPSON :

La propagation peut se faire par la voie tubaire. Ceci est expliqué par le fait qu'au cours du cycle, on retrouve du sang dans le péritoine.

En effet, MINTZ retrouve une quantité de sang noirâtre, non coagulable au cours des coelioscopies per-menstruelles.

c) Théorie métastatique

Les voies lymphatiques (HALBAN) et vasculaires pourront expliquer les localisations éloignées, type sciatique d'origine endométriale, métastase osseuse, intrarachidienne, pleurale et de la peau en dehors de tout traumatisme instrumental.

Ainsi, ces hypothèses considérées chacune isolément, peuvent paraître contradictoires, mais il est certain que chacune d'entre elles comporte une part de vérité, et que loin de s'exclure, elles se complètent essentiellement. C'est tout au moins l'impression que nous avons retenue au cours des différentes lectures que nous avons faites et pour expliquer, comme nous le verrons ultérieurement les diverses localisations.



ANATOMOPATHOLOGIE

I Macroscopique

La fréquence des formes anatomopathologiques est variable suivant les auteurs.

1°) ADENOMYOSE. Le plus souvent il s'agit de femmes entre 40 et 50 ans. L'utérus est l'organe le plus atteint. Cette fréquence varie dans la littérature de 32 % à 70 % , le facteur qui diminue la fréquence de cette localisation est le manque d'examen histologique minutieux et systématique des pièces opératoires. Il s'agit de foyers endométriaux intramuraux, associés le plus souvent à une hypertrophie utérine.

Parfois, il y a une association d'atteinte utérine avec endométriose externe. Cette association est de 3 % à 17 %. Nous reviendrons sur l'adénomyose au cours de la discussion des observations, car nous pensons qu'il y a différentes interprétations possibles au sujet de ce chapitre, en particulier, nous essayerons de confronter les données peropératoires et les données histologiques qui peuvent comporter des différences qui font poser la question réelle du cadre même de l'adénomyose.

2°) ENDOMETRIOSE EXTERNE : touche les femmes jeunes de moins de 40 ans.

a) Intra-péritonéale : parmi les localisations intrapéritonéales, ce sont les ovaires qui sont atteints le plus souvent. Cette atteinte ovarienne peut être unie ou bilatérale, associée ou non à d'autres lésions intra ou extrapéritonéales ainsi qu'à une endométriose interne.



	N° des cas	N°. D.R.E.	% EE	% EE	% D ovaro- viennne
J.F. PESTIQU et P. BERNIN	62	67	81.3%	10.0%	55.7 %
M. MAROSTIC	173			68.7%	6.0 %
M. WILCOX	180	115			6.1 %
M. LEBONNER	267	216			1.8 %
D. VAN DER CRUYNE	43	43			39.5 %
H.G. ROBERT	105	66	66%	55%	32 %

La lésion caractéristique c'est le kyste goudron ou chocolat. Il s'agit souvent d'un ovaire augmenté de volume, parfois adhérent, présentant un kyste énorme ou plusieurs kystes noirâtres, faisant des bosselures sur la surface ovarienne, avec suffusions brunâtres.

Ensuite, par ordre de fréquence, viennent les atteintes tubaires faites de petits foyers bleuâtres localisés au niveau des franges du pavillon.



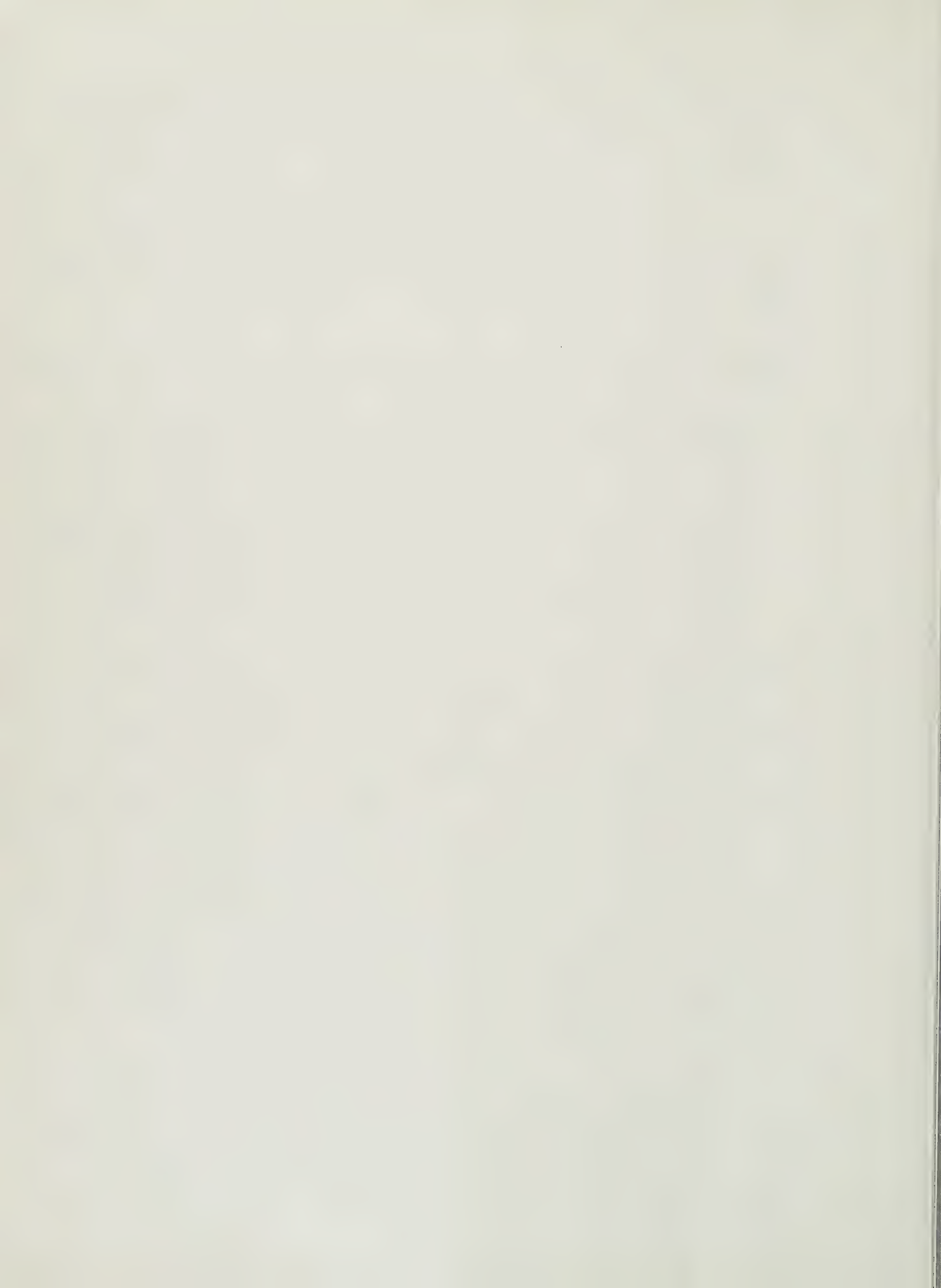
Les atteintes des ligaments utéro-sacrés, ligaments larges et ligaments ronds sont caractérisées par des nodules de petites tailles, bleuâtres s'associant aux infiltrations ligamentaires.

L'endométriose du péritoine et de l'intestin est caractérisée par la présence de taches bleuâtres associées à des adhérences. Au niveau de l'intestin on observe parfois des formes pseudo-tumorales.

b) Endométriose externe extra-péritonéale : elle se rencontre plus rarement.

- L'endométriose du col est soit primitive soit secondaire, apparue après un trauma obstétrical. Sa fréquence est plus grande que celle admise. Elle est de 2,5 % dans la littérature. L'aspect des lésions est polymorphe et variable suivant la période du cycle. Il a des formes congestives, des formes glandulo-kystiques aux formes ulcérées. Les lésions saignent habituellement lors de la menstruation et au contact.
- Le vagin est moins intéressé et comme précédemment, l'atteinte est soit primitive, soit secondaire.
- La vessie : parfois on observe des taches noirâtres ou brunes sur la face postérieure de la vessie.
- Endométriose cutanée : la fréquence des atteintes endométriales de la peau n'est pas grande. Il en existe des formes apparues spontanément, ceci s'observe le plus fréquemment au niveau de l'ombilic et de la région inguinale. Il est intéressant de noter dans le premier cas, la proximité du péritoine et dans l'autre, celle du ligament rond. Ainsi, on peut se demander s'il n'existerait pas une atteinte directe par l'intermédiaire du péritoine et un envahissement de proche en proche.

Les formes apparues au niveau des cicatrices sont plus fréquemment rencontrées que les formes spontanées. La date d'apparition par rapport à l'intervention varie de quelques mois à quelques années. Parmi les cicatrices, celles après césarienne sont le plus souvent touchées.



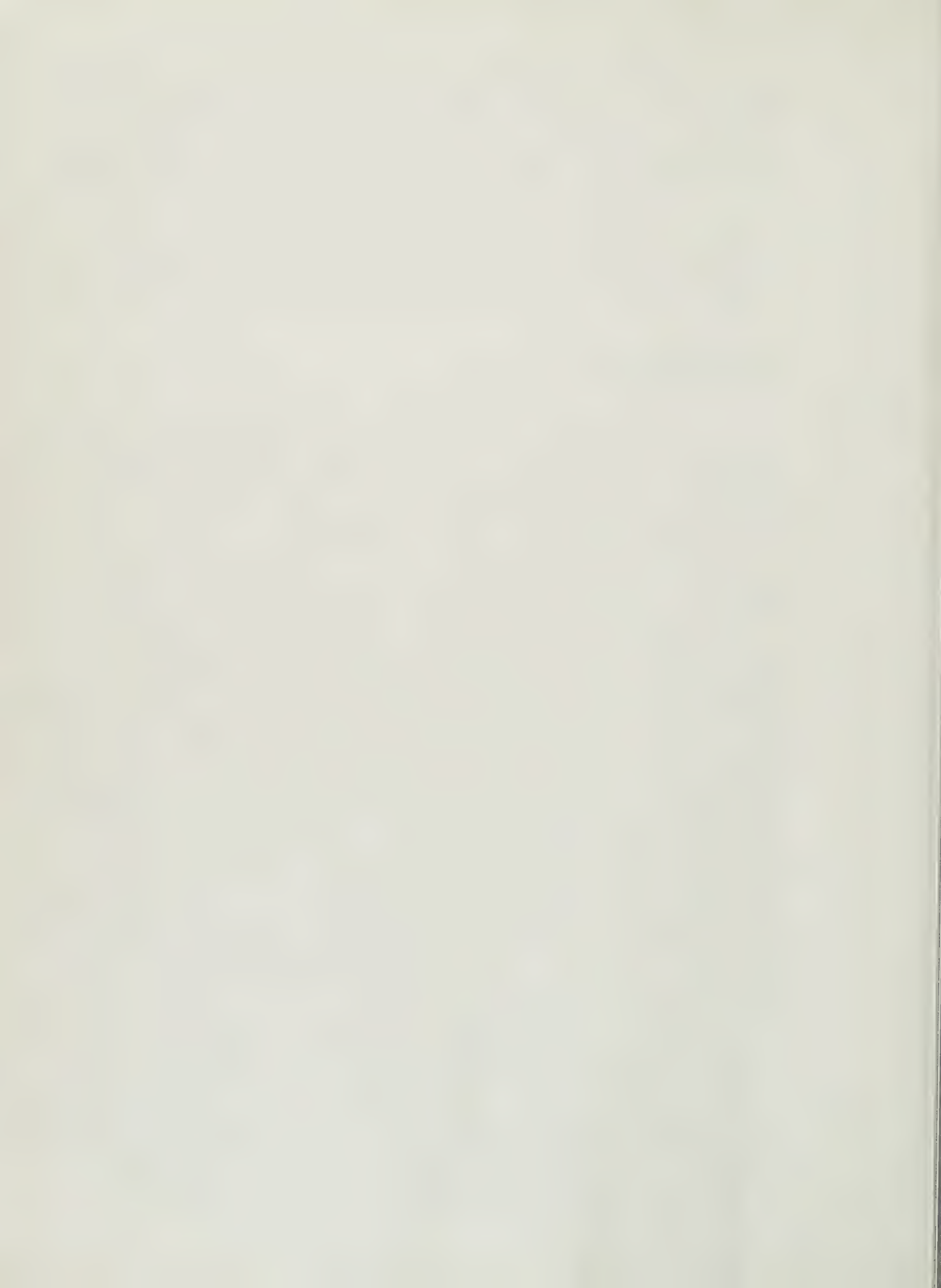
Il s'agit de nodules tumoraux noirâtres ou bleuâtres, saignant au cours des règles, de tailles variables.

- Les endométrioses ganglionnaires : sont des découvertes histologiques. Seuls quelques rares cas sont mentionnés dans la littérature.
- Les localisations éloignées touchant les poumons, la plèvre, la gaine du nerf sciatique, la région arachnoïdienne ou les os ont été signalées.

II Macroscopique

Le diagnostic histologique de l'endométriose est fondé sur l'existence d'ilôts endométriaux ectopiques, véritables utérus miniatures, sans canaux évacuateurs, directement implantés sur le tissu hôte.

Ces ilots sont formés de cellules cylindriques ou cubiques, prenant l'aspect de tubes glandulaires autour d'une cavité kystique, entourés d'un chorion cytogène et circonscrits par des faisceaux musculaires lisses. Ces ilots, quand ils subissent une influence hormonale, se développent. Les cellules glandulaires deviennent sécrétoires, et au cours du cycle, ils saignent dans la cavité qui se distend et devient kystique. Comme dans l'utérus, la desquamation de ces cellules endométriales se fait en lambeaux, et le renouvellement s'effectue à partir des zones non desquamées. Le devenir de ces ilôts est variable. Sur le plan local tout dépend de l'intensité de la nécrose et de la desquamation cellulaire. Il existe des ilôts endométriaux, qui par l'importance d'une réaction granulomateuse inflammatoire, avec des pigments hémossidériques, autour des zones de nécrose ou lyse tissulaire deviennent comparables à celui d'un hématome. Certains disparaissent et donnent naissance à une cicatrice scléreuse ponctuée d'hémossidérine ou par des cristaux d'acide gras posant des diagnostics différentiels difficiles, avec un ancien corps jaune hémorragique sclérosé ou des kystes folliculaires ou séreux qui ont saignés.



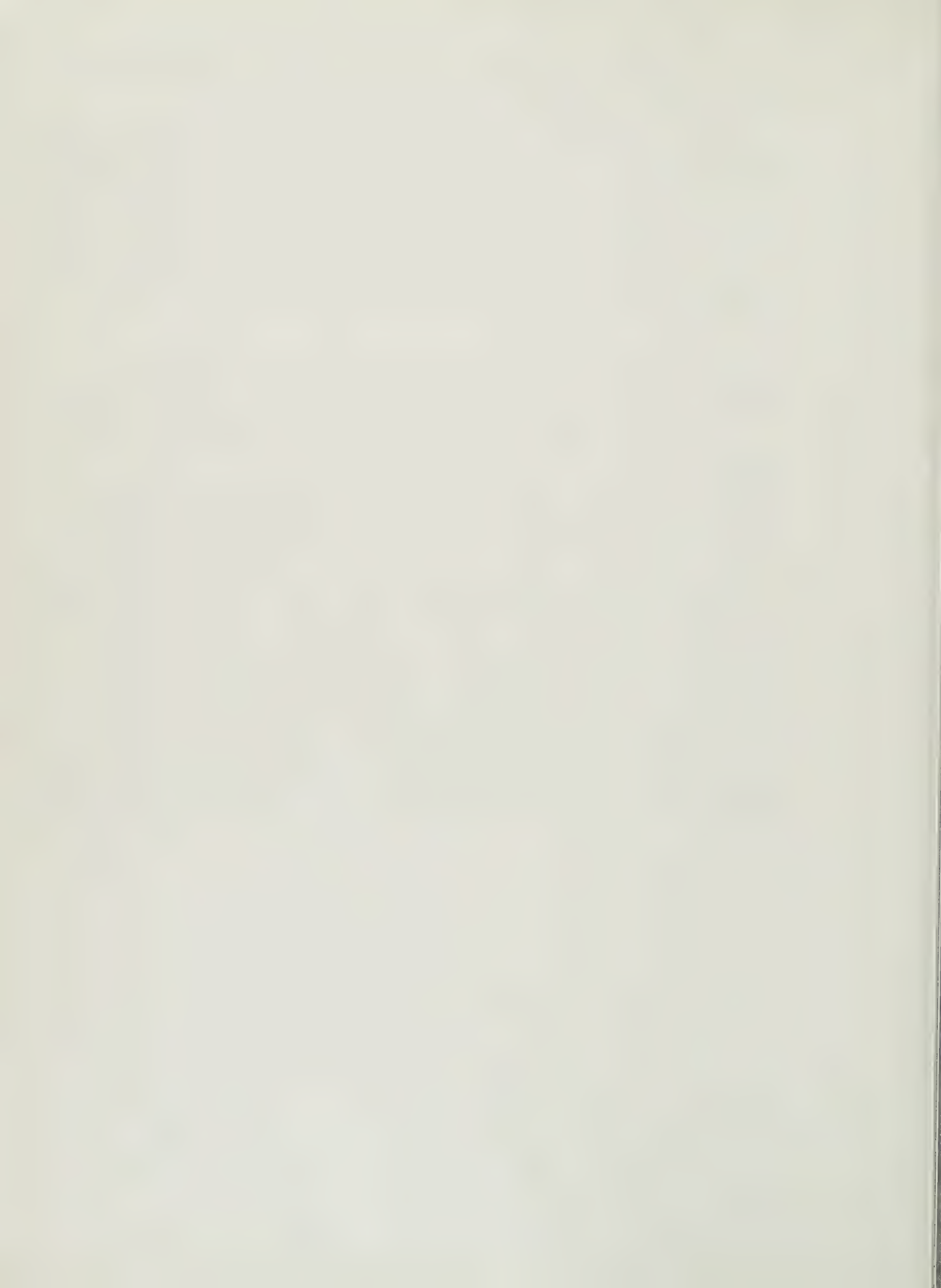
Ceci dit, il importe d'étudier les tissus par des coupes multiples et en séries.

Sur le plan général cette modification est comparable à celle de l'utérus au cours de la vue génitale. La régression des îlots endométriaux peut se faire après une castration ou la ménopause. Ils ne disparaissent pas, mais cessent d'être fonctionnels et évolutifs, ils pourront, par contre, reprendre leur évolutivité à la faveur d'un traitement oestrogénique intempestif.

Au cours de la grossesse, la transformation est comparable, en ce sens, qu'elle se fait vers une déciduose.

D'autres modifications associées à une atteinte endométriale s'observent :

- dans l'utérus, tant au niveau de la musculuse par une hypertrophie musculaire étudiée ultérieurement dans un chapitre séparé, qu'au niveau de la muqueuse par une réaction hyperfolliculinique, une métaplasie malpigiennne et des formations glandulo-kystiques.
- au niveau de l'ovaire par la présence assez fréquente de kystes folliculiniques hémorragiques ou non.
- et enfin, par la formation fibreuse et adhérentielle constituant une particularité de la maladie que nous détaillerons ultérieurement pour élucider certains aspects anatomo-cliniques d'endométrioses que nous aurons à isoler.



OBSERVATIONS INEDITES

I ENDOMETRIOSE OMBILICALE

Mme G... agée de 44 ans est envoyée le 20-4-67 pour ;

1- Localisation Ombilicale d'une petite masse noirâtre et dure de 2 cm de diamètre, qui pour la première fois s'est mise à saigner en période menstruelle.

2- Habituellement bien réglée, règles courtes, durant trois jours et indolores. Modification ce mois-ci : couleur plus claire, date normale. Au 3ème jour Syndrome hyperfébrile à 39-5-40 avec frissons et douleurs pelviennes

3- Dysurie avec brûlures à la miction.

EXAMEN : Très volumineux fibrome bilobé, surtout développé à gauche et mobile sensible.

EXAMEN BIOLOGIQUE : V.S. à 109-121-126 (probablement en raison de la période fébrile et pos). G.B. 11.600

Le 12-4-67 V.S. 47-86

C.R.O. 26-4-67 - ABLATION TUMEUR OMBILICALE ET COELIOSCOPE

- 1) Ablation d'une petite tumeur de l'ombilic qui saigne pendant les menstruations depuis les deux derniers cycles.
- 2) La coelioscopie confirme l'énorme fibrome avec en plus un volumineux kyste de l'ovaire droit qui est probablement endométrial.

RESULTAT D'EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE (Dr J. CHOME)

REGION OMBILICALE : Ce prélèvement montre une peau soulevée par des massifs glandulaires parfois remplis de sang et entourés par un chorion cytogène caractéristique. Il s'agit donc là d'une localisation d'une endométriose qui ne présente aucun caractère de malignité.

Le revêtement glandulaire est actuellement de type folliculinique.

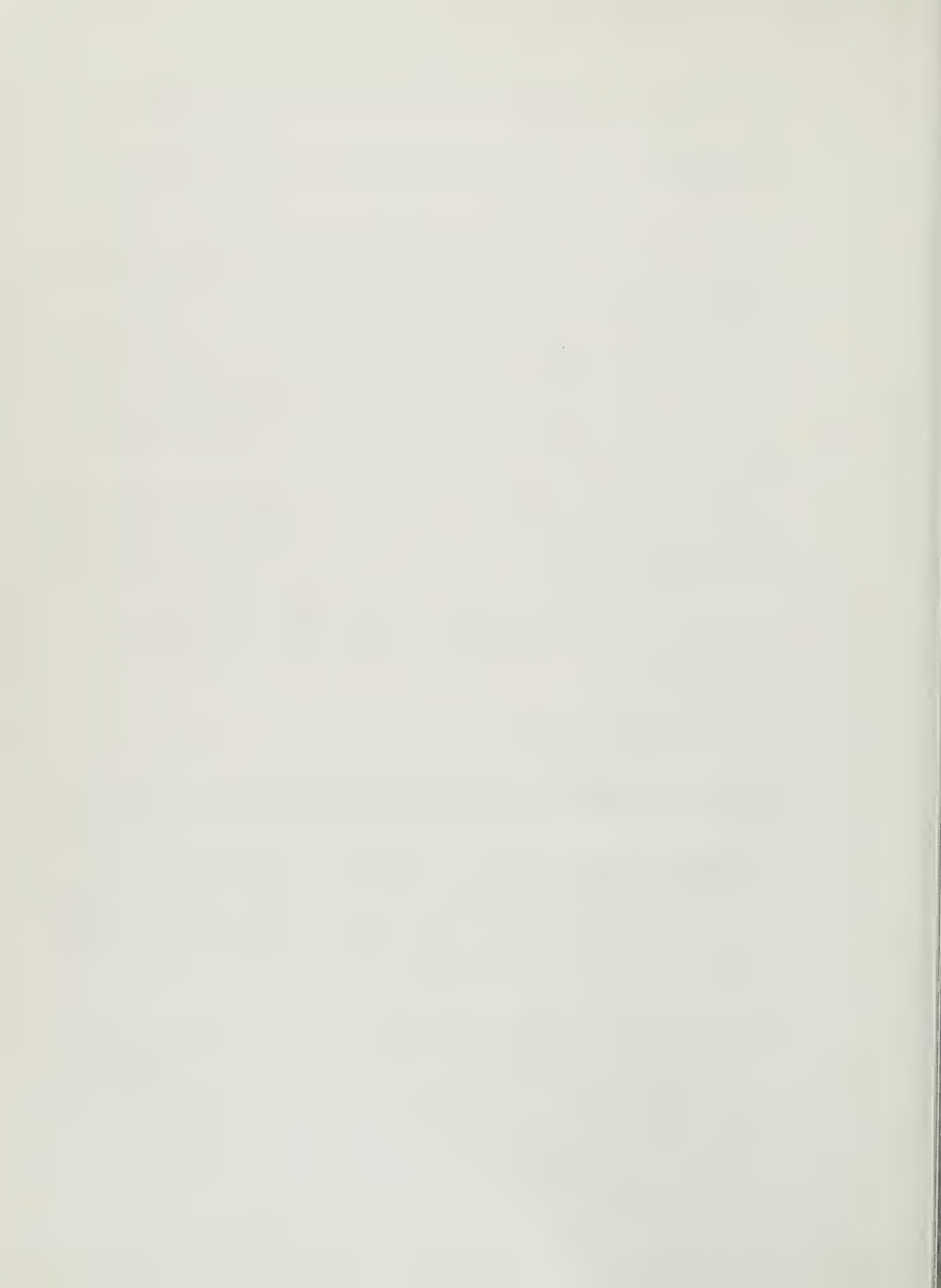
CONCLUSION : Localisation ombilicale d'une endométriose.

C.R.O. 3-5-67 - HYSTERECTOMIE TOTALE SANS CONSERVATION

- Médiane sous ombilicale, femme obèse, abord profond
- Comme l'avait laissé prévoir la laparoscopie, on retrouve un utérus fibromateux, un kyste endométrial de l'ovaire droit, une endométriose bilatérale salpingienne, les trompes sont turgescentes et on note l'issu de liquide goudronné typique.
- Comme habituellement, il existe des adhérences pelviennes nombreuses et on trouve en plus une localisation recto-sigmoïdienne dure, d'aspect pseudo-néoplasique, mais qui ne nécessite pas de résection car sans traduction clinique et qui devra régresser après l'hystérectomie.
- Hystérectomie totale sans conservation annexielle et sans implants
- péritonisation
- paroi 2 plans : fils sur la peau.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE L'UTERUS ET DES ANNEXES (Dr J. CHOME)

- 1) PRELEVEMENT CERVICAL : Il existe au niveau du col une réaction inflammatoire très nette surtout à la jonction exo et endocervicale, mais sans risque suspecte de malignité. Quelques kystes de Naboth de petite taille sont groupés le long de l'endocol.
- 2) PRELEVEMENT DU CORPS UTERIN : Il existe une fibromatose diffuse dans laquelle se trouvent quelques foyers d'endométriose au demeurant peu nombreux, caractérisés par un ou deux tubes glandulaires et un chorion cytogène pauvre. L'endomètre proprement dit est discrètement purpurique.



On ne trouve à ce niveau ni inflammation ni tumeur.

3) ANNEXES : Mes formations annexielles montrent qu'il existe d'une part une fibrose assez importante, d'autre part des cicatrices de corps jaunes et des éléments au cours d'involution fibreuse. Parfois des foyers d'endométriose typique apparaissent caractérisés par des tubes glandulaires et un chorion cytogène dans lequel s'accumulent de l'odème et des suffusions hémorragiques. Les deux formations annexielles présentent un aspect tout à fait identique.

CONCLUSION : Fibromatose utérine avec endométriose situés dans l'utérus, dans les deux annexes comme dans la portion prélevée (endométriose ombilicale).

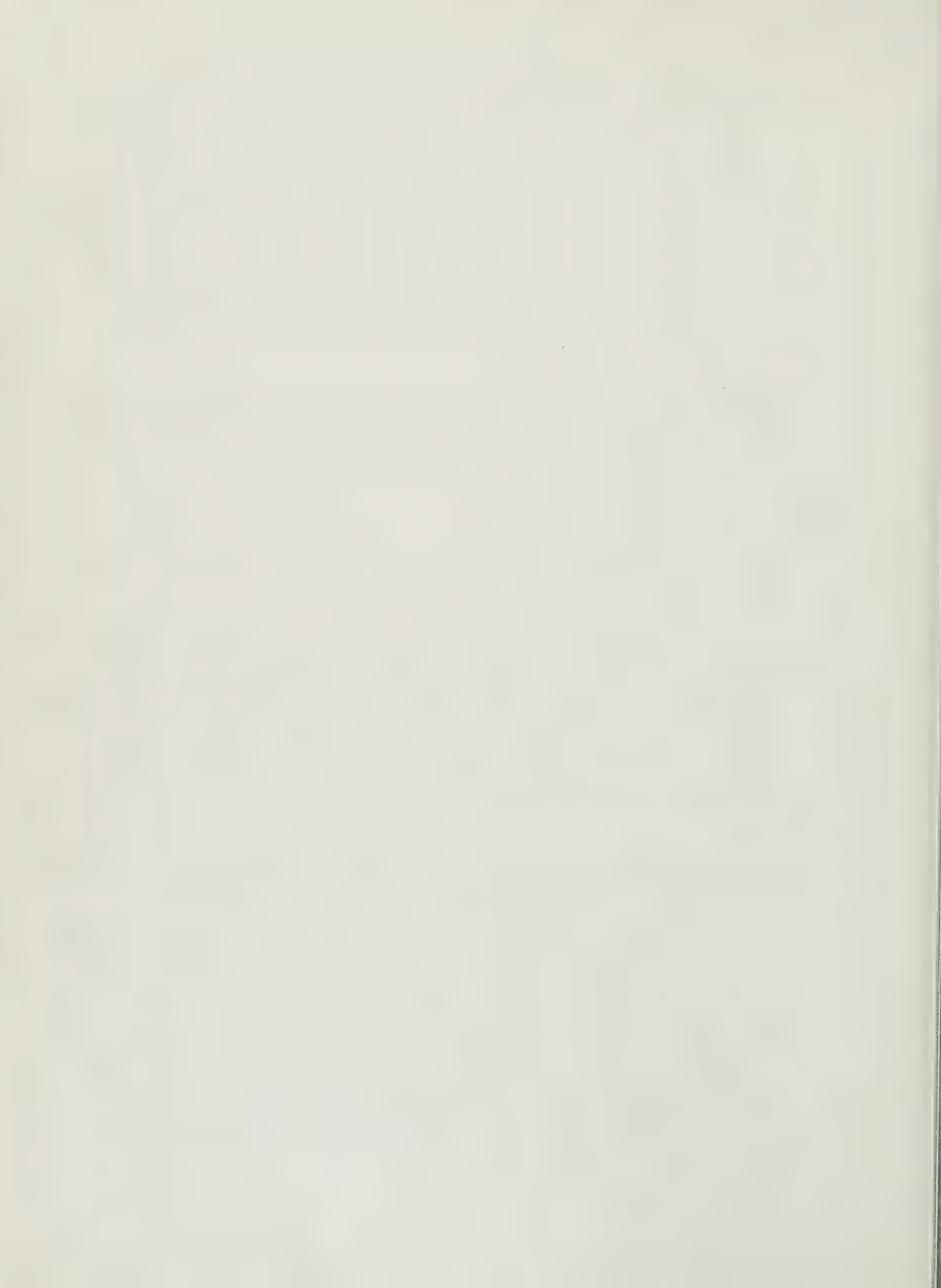
II ENDOMETRIOSE INTESTINALE

Mme V.... 31 ans, envoyée le 3-9-59 pour suspicion d'appendicite.

1-Douleurs menstruelles isolées ; a fait une première crise douloureuse en 53. Douleur brusque nocturne, lombaire, bilatérale, puis pelvienne durant deux heures et cessant brusquement. Par rapport à ses règles, 3ème-4ème jour, 4 mois après, reprise des douleurs au 3ème-4ème jour des règles, d'apparition périodique.

2-Association des signes de sub-occlusion avec des douleurs d'abord périodiques puis irrégulières, vomissements, constipation sévère, ballonnement abdominal ; arrêt des gaz pendant trois jours, il n'y a pas d'anorexie ni d'amaigrissement. Les règles durent cinq jours, tous les 24 jours ; les douleurs deviennent irrégulières, moins vives à la fin des règles, mais les signes de sub-occlusion durent 3 jours.

LAVEMENT BARYTE le 14-8-59 : Dernière anse irrégulière, mince. Image de péri-iléo-typhlite ; caecum bas situé ; appendice invisible mais probablement responsable de ces anomalies.



INTERVENTION le 4 SEPTEMBRE 59 :

- Incision de Mac-Burney
- A l'ouverture de la cavité péritonéale, on se rend compte qu'il existe des granulations brunâtres, sur le caecum extériorisé, et qu'il existe une certaine quantité de liquide brunâtre dans le ventre ; on évoque la possibilité sur la couleur brun chocolat, d'une endométriose.
- Etant donné le jour étroit dont on dispose par le Mac-Burney, et d'autre part étant donné qu'on aperçoit une énorme annexe droite au doigt, étant donné enfin qu'il existe sur la dernière anse iléale des lésions évocatrices d'une greffe endométriale sur le grêle. On décide de s'agrandir en incision horizontale type Prannenstiel avec section de l'aponévrose, et incision inter-rectale.
- A l'ouverture, on voit avec évidence qu'il s'agit de lésions d'endométriose ovarienne bilatérale. Le pronostic est très sérieux et localement, il est impossible à notre avis, de traiter convenablement les lésions sans pratiquer une annexectomie bilatérale. Etant donné l'importance des lésions utérines, on se décide pour une HYSTERECTOMIE SUB-TOTALE SANS CONSERVATION ANNEXIELLE.
- Fermeture du moignon cervical au catgut avec ligature des utérines appuyées, et du fait de l'importance de la cruece laissée dans le douglas, par le décollement des masses annexielles bilatérales, on décide de laisser en place un drainage aspiratif sous la cavité constituée par la péritonisation colo-vésinale qui est très satisfaisante.
- On se porte ensuite sur l'iléon terminal et on réalise une DESECTION INTESTINALE de la localisation endométriale. Suture termino-terminale de la dernière anse grêle en un plan à points séparés.
- APPENDICECTOMIE : avec enfouissement du moignon ; l'appendice a notablement augmenté de volume ; l'extrémité est enflée en massue ; paroi catgut sur le péritoine et les muscles : nylon sur l'aponévrose.
- Examen histologique des trois pièces.



EXAMEN HISTOLOGIQUE (APPENDICE, HYSTERECTOMIE, RESECTION
INTESTINALE) Dr J. ETEVE :

LA pièce de l'intestin comporte un épaississement de la paroi qui résulte d'une hypertrophie limitée de la musculuse réalisant un véritable petit myome qui repousse la muqueuse dans la lumière. Au milieu des faisceaux musculaires existent des glandes à revêtement cylindrique dont les cavités contiennent du sang et qui sont bordées par un chorion cytogène. L'ensemble de cette lésion est caractéristique d'une endométriose de l'intestin.

L'appendice comporte également quelques formations endométriales glandulaires correspondant également à une endométriose de l'appendice.

Il existe également quelques formations d'endométrioses du pavillon et de la trompe.

III ENDOMETRIOSE DU COL

Mme G....., 35 ans, est envoyée le 16-9-65 pour une tumeur du col stade III, envahissant le paramètre gauche avec métrorragies.

1- A consulté à Versailles le Dr FAYOT - PETIT MAIRE, où on a pratiqué une U.I.V.

Puis a été dirigée vers le Centre René-Huguenin où on lui a proposé exclusivement une physiothérapie.

U.IV. du 1-8-65 : ne montre rien d'anormal en dehors d'une stase débutante de l'uretère gauche.

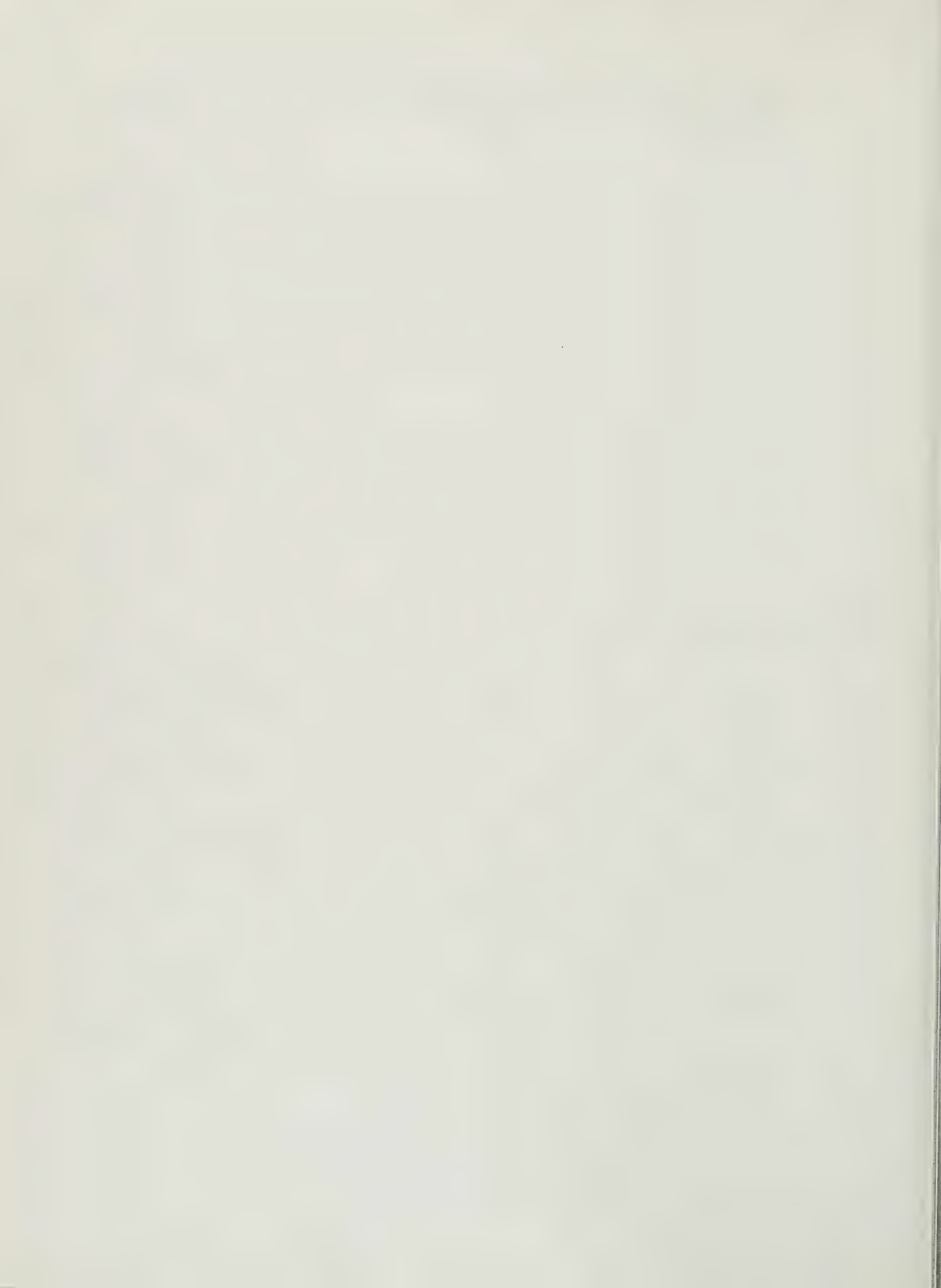
EXAMEN : SPECULUM : Tumeur du col envahissant du dôme vaginal avec infiltration à prédominance gauche.

T.R. : infiltration du paramètre gauche jusqu'à la paroi inférieure de la grosseur d'un pouce d'un adulte.

HOSPITALISEE le 22-9-65 :

1- Pour biopsie du col (Pr. J. DE BRUX)

2- Pose de radium (Dr B. ECARLAT)



BIOPSIE DU COL : Les fragments examinés montrent l'image d'un ectropion plus ou moins polyboïde, enflammé et remanié en surface au niveau duquel apparaissent des images d'endométriiose plus ou moins ulcérée. Les franges endocervicales dont le chorion est enflammé avec un semis de lymphoplasmocytes qui sont revêtues d'un épithélium malpighien normalement différencié et en voie de maturation alternant avec des zones encore cylindriques. Dans le chorion superficiel, ou situé en surface on observe des récessus glandulaires dont l'épithélium présente les caractères d'une muqueuse endométriale, les noyaux sont oblongues, multistratifiés avec une chromatine active et des figures de mitoses, et l'on note quelques discrètes vacuoles de sécrétion. Autour le stroma est cellulaire, peuplé de cellules réticulaires de caractère endométrial.

ENDOMETRIOSE DU COL sans aucune image suspecte de malignité.
(Pr. J. DEBRUX).

Le 28-10-65 : col invisible post-radiothérapie : persistance des pertes : indication opératoire à cause de l'état des paramètres et de l'incertitude du diagnostic.

C.R.O. le 12-11-65 - OPERATION DE WERTHEIM

Diagnostic : Aspect de carcinome cervical. Cliniquement indiscutable avec infiltration du paramètre G de la taille d'un pouce d'adulte, vue en consultation par le Dr ECARLAT qui applique la curie-thérapie. Le point litigieux réside dans une interprétation de biopsie cervicale faite en pleine zone pathologique pour laquelle le Docteur DEBRUX consulté à deux reprises, maintient un diagnostic d'endométriiose cervicale. Dans le doute on préfère réaliser une intervention élargie comme pour un cancer.

C.R.O. OPERATION DE WERTHEIM
CLOISEMENT DU DOUGLAS

- 1) montée de sonde urétérale Bilatérale
- 2) Laparotomie sous ombilicale large car la femme est profonde. Il existe de prime abord une assez grande souplesse qui fait croire un moment que le diagnostic de cancer peut-être mis en doute, mais si l'infiltration du paramètre a disparue

cliniquement, opératoirement, on retrouve une trainée scléro-inflammatoire qui remonte au-delà de la bifurcation de l'iliaque primitive. La dissection du paramètre G s'avèrera extrêmement pénible et laborieuse, néanmoins elle sera complète et les chaînes ganglionnaires iliaques externes comprenant plusieurs ganglions d'aspect friable seront extirpés depuis l'iliaque primitive jusqu'à la zone d'implantation urétérale mise véritablement à nue.

La dissection du paramètre droit sera plus rapide mais néanmoins gênée par la curie-thérapie.

Hystérectomie totale élargie emportant la totalité des paramètres, l'évidement allant des deux côtés jusqu'à la membrane obturatrice.

Colpectomie large laissée béante.

Hémostase des différentes veines pelviennes à l'aiguille, montée dans l'ensemble satisfaisante en fin d'intervention.

Cloisonnement complet du douglas.

Lame de drainage sortant

Paroi 2 plans.

COMPTE RENDU HISTOLOGIQUE (Pr J. DEBRUX)

La pièce opératoire a été examinée en totalité. Elle montre un exocol dont l'épithélium de bordure est totalement abréssé et très ulcéré, laissant à nu un stroma hyalinisé, surtout recouvert par un exsudat fibrineux et purulent.

Au niveau de la collerette vaginale, l'épithélium malpighien réapparaît mais il est également ici exulcéré.

L'endocol allongé est le siège d'une inflammation avec présence de franges polypoïdes.

Le corps utérin est tapissé par un endomètre souvent abréssé et qui montre par endroits des petits fragments d'endomètre au stade sécrétoire.



La trompe est normale. Les ovaires sont sans anomalies, on y rencontre des cicatrices de corps jaunes et sur l'un d'eux un corps jaune à centre hémorragique et qui paraît fonctionnel.

Le paramètre gauche montre des formations lymphoïdes volumineuses à type d'adénite subaigüe avec un tissu cellulograisieux congestif et présentant des zones d'exsudation fibrineuse. Le paramètre droit montre également quelques ganglions de petite taille dont les sinus sont injectés par d'innombrables cellules de type réticulaire et histiocytaire.

Nulle part n'est apparue d'image de prolifération maligne



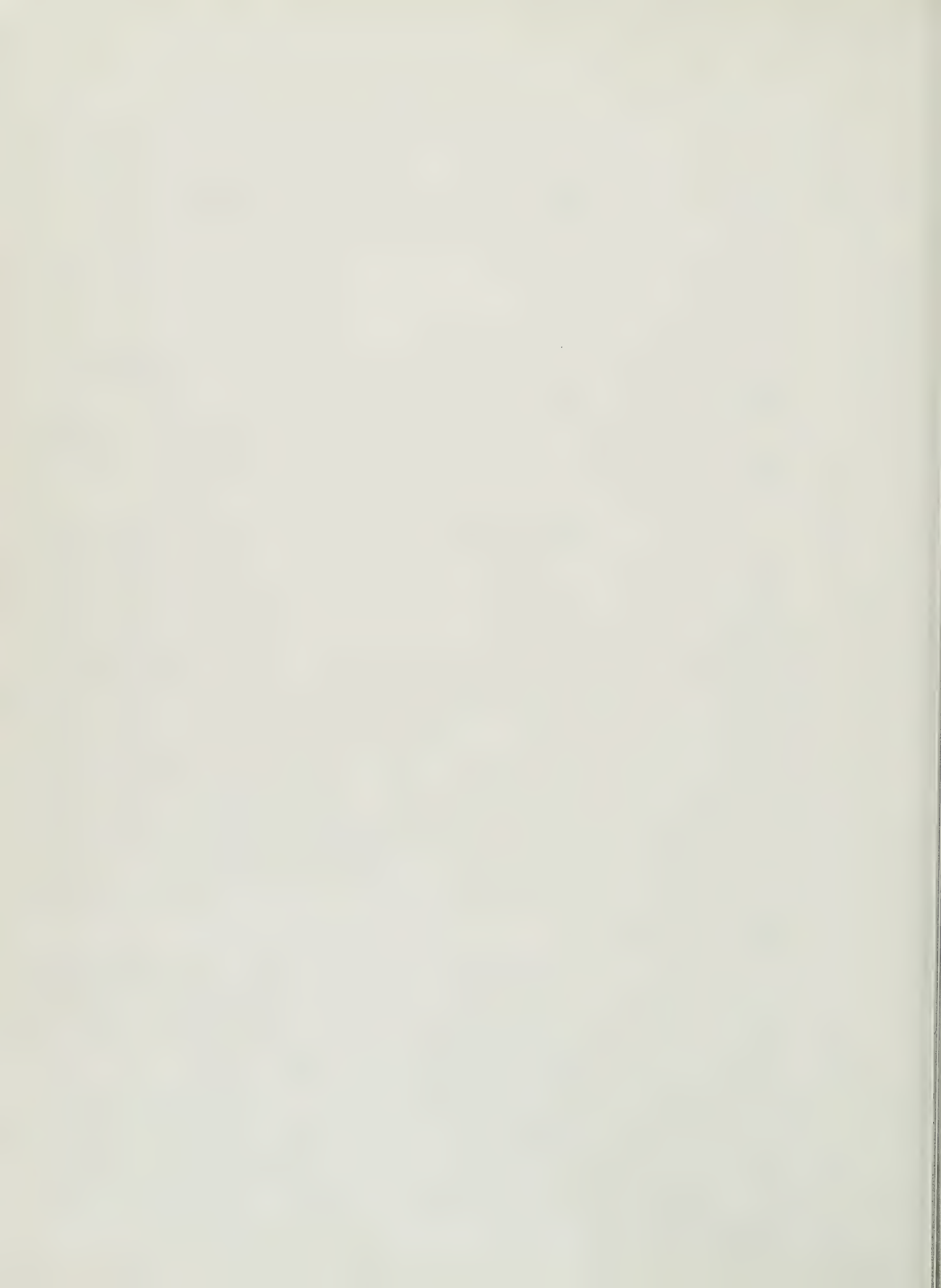
COMMENTAIRE DE NOS OBSERVATIONS

L'étude des trois observations que nous venons de rédiger mérite quelques commentaires.

Tout d'abord, il est nécessaire de souligner les différentes localisations que nous avons pu rencontrer dans ces 3 observations :

Dans l'observation N° I, il s'agissait d'une localisation ombilicale révélatrice, confirmée histologiquement. L'intervention a permis de retrouver l'existence d'une localisation sigmoïdienne, et l'histologie peut donc faire entrer cette observation dans le cadre d'une endométriose interne, retrouvée uniquement histologiquement dans l'étude du myomètre, et d'une endométriose externe à la fois intra et extra-péritonéale. En effet, l'histologiste retrouve une fibromatose diffuse qui la fait entrer dans le cadre de l'adénomyomatose. En conclusion, cette observation rassemble toutes les localisations possibles de l'endométriose, puisque l'on retrouve à la fois l'adénomyomatose, l'endométriose interne et l'endométriose externe intra et extra-péritonéale. C'est donc une forme globale.

Dans l'observation N° II, on retrouve une localisation iléale sur la dernière anse, une localisation caeco-appendiculaire et une localisation ovarienne bilatérale, toutes ces localisations sont confirmées histologiquement. Elle entre donc dans le cadre d'une endométriose externe intra-péritonéale mais, malheureusement, nous ne possédons pas d'histologie du myomètre dans le détail ; il est possible que l'endométriose interne existe, nous n'en avons pas la preuve ;



nous ne pouvons donc que la classer dans le cadre d'une endométriose externe, intra-péritonéale, largement extensive puisque les localisations sont multiples.

Dans l'observation N° III, il s'agit d'une endométriose cervicale arrivée à un stade relativement impressionnant. Cliniquement, il s'agissait d'un chouffleur envahissant le vagin et en imposant, d'une part par l'aspect microscopique, et d'autre part par l'induration du paramètre gauche, pour un cancer du col. Cette lésion a d'ailleurs abusé différents spécialistes gynécologues y compris un centre de traitement anti-cancéreux, à tel point que la découverte d'une histologie formellement pour l'endométriose, a entraîné malgré tout, de la part des radiothérapeutes responsables, la décision d'une curie-thérapie, de façon à faire régresser les lésions. Cette observation entre essentiellement dans le cadre d'une endométriose externe extra-péritonéale, puisqu'à l'examen de la pièce, il n'a pas été retrouvé d'autres localisations ni utérines ni ovariennes.

Sur le plan clinique, quels ont été les signes d'appel qui ont amené ces trois malades à consulter :

Dans l'observation N° I, il s'agissait essentiellement d'une petite tumeur ombilicale de 2 cm de diamètre, parfaitement arrondie, d'aspect noirâtre, et fait essentiel, cette tumeur devenait saignotante au cours des périodes menstruelles, et en particulier, ce saignement a amené cette malade à consulter à partir de la 2ème période menstruelle où elle s'est mise à saigner. Mais aussi, il est intéressant de relever qu'il existait chez cette femme une poussée éthermique à 39° ou 40°, accompagnée de frisson, et survenant au 3ème jour des règles. Enfin parallèlement à cette fièvre, existaient des douleurs pelviennes relativement importantes. On relève également comme signe d'appel l'existence d'une dysurie et de brûlures à la miction, mais il est à noter que ces deux signes peuvent relever du fibrome qui était associé et ne peuvent essentiellement être retenus comme signe d'appel de l'endométriose.

Chez cette femme, le diagnostic a donc été posé en pré-opératoire, essentiellement sur l'existence d'une tumeur qui a été biopsiée et où l'histologie a été formelle dans le diagnostic d'endométriose. La coelioscopie a également aidé au diagnostic pré-opératoire puisqu'elle a permis de confirmer l'existence d'un kyste de l'ovaire droit d'allure endométriale.

Dans l'observation N° II, il s'agit essentiellement d'une dysménorrhée secondaire et tardive ; cette dysménorrhée était associée à un syndrome sub-occlusif cyclique, périodique qui a entraîné de son côté des hésitations et de nombreuses consultations. Des gastro-entérologues consultés avaient demandé un lavement baryté qui avait montré l'existence d'une typhlite et d'un aspect d'iléite terminale, un appendice non injecté, et finalement, devant la conservation relative de l'état général, le frère de la malade, médecin, se posait la question d'une appendicite chronique chez sa soeur, et avait insisté pour une appendicectomie. Le diagnostic a donc été essentiellement per-opératoire, devant la découverte à l'ouverture du péritoine de nombreuses taches et granulations noirâtres, tant sur le péritoine que sur l'appendice extériorisé, l'existence d'une quantité relativement importante de liquide brunâtre à l'assèchement du Douglas, et la constatation, au doigt, de masses ovariennes très volumineuses qui ont entraîné l'intervention telle qu'elle a été décrite plus haut.

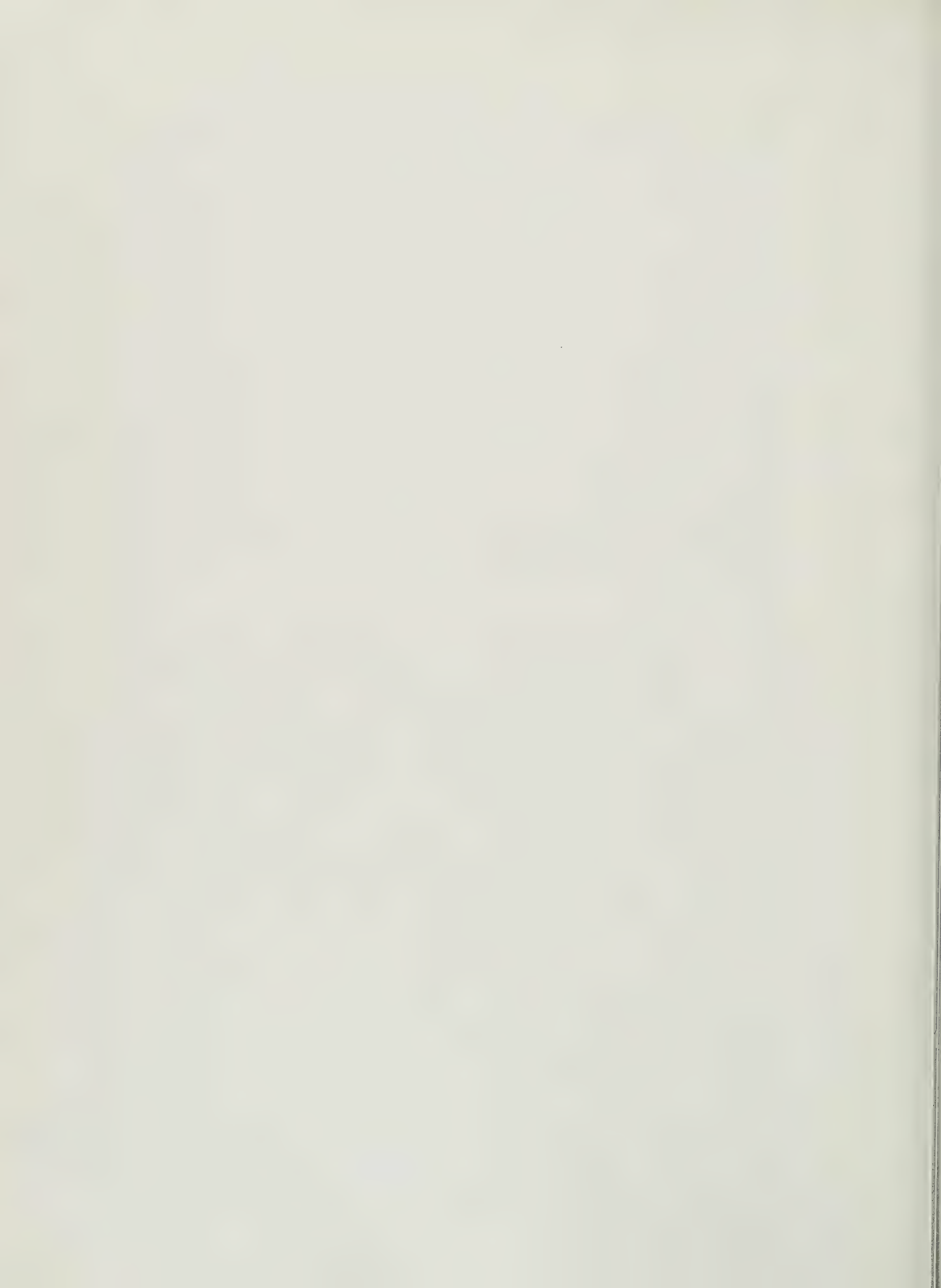
Dans l'observation N° III, le signe d'appel a été essentiellement la survenue de métrorragies. Ces métrorragies ont entraîné une consultation gynécologique, et la découverte d'une tumeur du fond vaginal en choufleur prenant la totalité du col et en imposant pour un cancer du col, au stade III.

En effet, la taille de la tumeur, l'infiltration importante du paramètre gauche (cordon induré de la taille d'un pouce d'adulte) ont directement orienté vers un cancer du col, et cette malade a été montrée dans un centre anti-cancéreux

où l'on a proposé essentiellement une thérapeutique par les agents physiques. Lorsqu'il nous a été donné de voir la malade, nous ne disposions que d'une biopsie faite dans ce centre qui ne montrait que des lésions inflammatoires, Une nouvelle biopsie a été pratiquée par nos soins qui a permis de conclure (Pr. DE BRUX), à une endométriose du col absolument certaine. Mais l'avis de notre collaborateur radiothérapeute était tellement formel que la pose de radium avait été appliquée avant le retour de l'histologie. Il faut donc retenir dans cette observation l'importance du diagnostic différentiel et l'aspect particulièrement trompeur et évocateur du cancer ; d'autre part, l'anomalie à l'U.I.V. avec le retard à l'excrétion du rein gauche et une stase urétérale certaine à gauche qui allait de paire avec l'envahissement du paramètre, et qui, là aussi, pouvait en imposer pour une lésion maligne.

Analyse de l'attitude thérapeutique à adopter :

En ce qui concerne l'observation N° I, la notion tout d'abord de l'âge de la femme (44 ans), 2ème, la certitude d'une endométriose diffusée puisqu'on se trouvait au premier plan en présence d'une endométriose ombilicale, la confirmation, après coelioscopie, par les données opératoires de l'existence d'un kyste endométrial de l'ovaire droit et l'existence d'un volumineux fibrome ont conduit, tout naturellement à proposer chez cette femme une kystérectomie totale sans conservation. Il n'a pas été procédé à la mise en place d'implants sur le fait que nous avions la notion certaine d'une endométriose, et aussi sur l'existence, reconnue au cours de l'intervention, d'une localisation sigmoïdienne à laquelle nous n'avons pas touché et pour laquelle nous espérons une rétrocession complète et définitive après la castration. Cette observation entre donc dans un cadre parfaitement défini où l'intervention radicale paraît non seulement justifiée, mais curatrice intégralement.



Dans le cas particulier de l'observation N° II, l'attitude thérapeutique a été évidemment plus difficile à décider et plus complexe.

En effet, nous nous trouvions dans le cadre d'une découverte per-opératoire de l'endométriase, que la malade était adressée par son frère médecin pour une appendicectomie et que la découverte de l'importance des lésions et surtout de leur diffusion ont obligé à une intervention élargie. L'analyse de la décision repose sur plusieurs éléments : tout d'abord, l'appendicectomie ne se discutait pas. Ensuite, la décision extemporanée d'une hystérectomie chez cette femme jeune de 31 ans, a posé un problème per-opératoire, mais l'importance des dégâts ainsi qu'en témoignent les photos de la pièce, les masses ovariennes chacune de la taille d'un pamplemousse avec des adhérences multiples dans le petit bassin, avec des rétractions séro-sanglantes, un utérus également modifié et extrêmement adhérent au niveau de la vessie, ont fait discuter l'hystérectomie qui a été ensuite décidée ; cette hystérectomie a été faite sub-totale pour deux raisons, la première était que l'attitude du service imposait chez les femmes jeunes une kystérectomie sub-totale quand elle s'avérait nécessaire ; la deuxième était une raison de sécurité, étant donné l'importance de l'envahissement pelvien pour ne pas s'exposer, à cause de la rétraction des paramètres, à une lésion urétérale. Enfin, il faut noter que cette femme a été opérée en 1959, à une époque où les anovulatoires n'avaient pas encore force de loi. On peut rétrospectivement se demander si actuellement, on adopterait la même attitude étant donné l'âge de cette malade, et actuellement la possibilité d'une conservation, même devant de telles lésions, pourrait éventuellement se poser, quitte à intervenir dans un 2ème temps si l'efficacité du traitement médical, actuellement proné, ne s'avèrait pas formelle. Reste toutefois à souligner, la nécessité impérative chez cette jeune femme, de procéder, comme il a été fait, à la résection de la dernière anse iléale, devant l'existence patente d'une lésion sténosante

constituée, qui a donné toute sa valeur rétrospective aux différents tableaux sub-occlusifs d'allure cyclique qui ont été relevés par l'anamnèse chez cette femme. La résection s'avèrait indispensable, car même dans le cadre de l'hystérectomie pratiquée, la rétrocession de la tumeur endométriale obtenue par la castration, l'existence d'une fibrose séquelle aurait perturbé le transit intestinal comme il avait déjà été fait, et une réintervention se serait avérée nécessaire.

En définitive, l'attitude a été une attitude radicale conditionnée par l'importance des lésions et le moment (1959), les suites ont été si simples et la malade revue des années après n'a plus présenté aucun phénomène douloureux, tant sur le plan pelvien que sur le plan digestif.

Enfin, le seul cas qui nous a posé des problèmes de diagnostic différentiel, fut le cas de l'endométriose du col.

En effet, une atteinte massive de l'exocol peut simuler à s'y méprendre, un cancer du col.

L'Observation numéro 3 démontre bien cette difficulté, et si nous avons opté pour un Wertheim, c'est uniquement, parce que un doute subsistait malgré un diagnostic histologique pré-opératoire.

D I S C U S S I O N

Après avoir donné les 3 observations essentielles et les commentaires qu'appellent ces 3 observations, nous voulons maintenant, pour élargir le débat, discuter quelques points particuliers qui demandent, à notre sens, quelques commentaires dans le chapitre des endométrioses.

I Nous voulons tout d'abord étudier les signes fonctionnels :

Il existe différents signes fonctionnels : il peut s'agir de phénomènes douloureux, qu'ils soient abdominaux, pelviens, accompagnant ou non une dysménorrhée, de troubles des règles, de stérilité ou de phénomènes compressifs intestinaux, ou encore de dyspareunie. Nous allons les classer selon leur importance.

A- Les phénomènes douloureux

Il s'agit d'une douleur essentiellement variable dans son siège et son intensité. Elle peut être localisée : abdominale, pelvienne, lombaire ou sacrée. Elle peut être diffuse. Elle peut être enfin continue ou rythmée par les règles.

Sa fréquence est estimée à 75 % par VARANGOT et 45 % par SCOTT.

H.G. ROBERT l'a toujours retrouvée, sauf chez les malades où l'endométriose était découverte à la suite d'une intervention pour fibrome.

HELBONNER, présentant 287 malades du service du Pr. VARANGOT, en a précisé sa fréquence à 27 %.

La dysménorrhée tardive, cyclique et d'intensité croissante dans le temps a longtemps été considérée comme un signe pathognomonique. VARANGOT pense qu'elle est de grande valeur bien qu'elle soit rare (3 %).

La dysménorrhée est le plus souvent banale, primaire ou tardive, non cyclique, peu intense, apparue au début des règles, se prolongeant jusqu'au 8ème jour. Sa fréquence varie suivant les auteurs de 35 à 70 %. D'autre part, nous avons une observation (N° 2) qui résume l'ensemble des douleurs pelviennes et intestinales et l'existence d'une dysménorrhée, tous phénomènes qui sont classiques dans le cadre de l'endométriose. Il est à noter que cette femme, comme nous l'avons déjà dit, présentait également des crises sub-occlusives et des douleurs abdominales en rapport avec sa localisation intestinale qui venait un peu perturber le tableau typique, mais qui doit néanmoins attirer l'attention et c'est le point que nous voulons souligner pour ne pas égarer le diagnostic vers une symptomatologie intestinale pure mais dont l'étiologie peut être retrouvée dans le petit bassin. De plus, nous tenons à souligner que les algies pelviennes et lombaires, ainsi que la dysménorrhée peuvent survenir chez les malades présentant une atteinte lésionnelle quelconque des trompes, avec participation de formations adhérentielles ou de processus rétractiles. Enfin, il a toujours été retrouvé de la sérosité sanglante ou du sang noirâtre dans le cul-de-sac de douglas chez ces malades.

B- Les troubles des règles

Ce peuvent être des ménorragies, des métrorragies ou des ménométrorragies. La fréquence varie selon les auteurs ; elle est de 26 % pour VARANGOT. SIEGLER-FRIEDMANN l'estime à 63 %. Pour notre part, nous ne pensons pas que les troubles des règles sont à retenir pour une symptomatologie majeure, évocatrice d'endométriose. Certes, notre observation N° III est essentiellement, comme nous l'avons souligné, révélée par des métrorragies et elle relevait essentiellement d'une endométriose du col. Nous avons d'autres observations que vous pourrez parcourir tout au long des lignes qui vont suivre et que nous n'avons pas voulu individualiser pour la simplicité de l'exposé, et au cours desquelles,

nous voulons essentiellement prélever les différents signes au fur et à mesure qu'ils se soulèvent dans la discussion. Ainsi, nous avons quelques cas de ménorragies ou de métrorragies, mais ces cas relèvent essentiellement d'une pathologie que nous considérons comme associée, à savoir la découverte de fibromes plus ou moins importants ou de polypes intra-cavitaires qui ont pu donner le change et qui ne donnent pas de signes particulièrement précis en ce qui concerne l'endométriose elle-même.

C- La stérilité

Dans une population normale on admet que la stérilité féminine est d'environ 10 %. La plupart des auteurs pensent que sa fréquence est plus importante dans l'endométriose, et, il faut le dire, c'est une notion classique. ROCHET estime la fréquence de la stérilité relative à 17 % et absolue à 33 %. Tandis qu'elle est de 30 et 46,4 % pour VARANGOT et KELLY.

D'autres ne pensent pas que la stérilité soit plus fréquente chez ces malades. Nous faisons partie de la 2ème catégorie, et nous estimons que la stérilité chez les femmes porteuses d'endométriose est relativement peu marquée. Nous donnerons par la suite l'exposé d'une observation personnelle où il existe un cas de stérilité, actuellement encore traitée et où il s'agissait d'une endométriose ovarienne unilatérale associée à un kyste lutéinique de l'ovaire contre-latéral.

D- Autres signes

La dyspareunie, SIEGLER et FRIEDMANN estiment sa fréquence à 5 % tandis-que HELBONNER la trouve à 14,6 %. Dans nos observations, nous n'avons relevé aucun cas de dyspareunie.

Les troubles compressifs, ils peuvent être vésicaux ou rectaux ; ce sont essentiellement des dysuries, des pollakiuries ou des ténésmes rectaux. Ces troubles ont été décrits moins fréquemment dans la littérature.

Nous n'avons retrouvé pour notre part, que des phénomènes compressifs en rapport avec des fibromes, et nous ne possédons aucun cas de localisation endométriale vésicale qui pourrait apporter une symptomatologie propre. Nous pensons que dans ces cas la cystoscopie peut avoir un intérêt majeur.

II Les signes généraux

Il s'agit essentiellement de la fièvre. Certains auteurs ont noté une élévation thermique en dehors de tout phénomène infectieux qui a pu coïncider avec des crises douloureuses ou une dysménorrhée. H.G. ROBERT en rapporte un cas sur 105. Dans l'observation N° 1, nous avons retrouvé une élévation thermique à 39 °, avec frisson le troisième jour des règles associée à une augmentation de la V.S. Cette élévation thermique n'était expliquée par aucun autre phénomène infectieux en particulier, et nous pensons qu'il faut lui accorder une certaine valeur. C'est un signe rare, donc à retenir, et la répétition au cours des périodes menstruelles vers le 2ème, 3ème jour d'une élévation thermique de cet ordre doit tout de même attirer l'attention et orienter vers la possibilité d'une endométriose.

III Les signes physiques

En dehors de l'inspection qui va, à elle seule, apporter les signes d'endométriose cutanée, comme cela a été le cas de l'observation N° I, et de la palpation abdominale qui va découvrir l'existence d'une masse abdominale ou abdomino-pelvienne, nous retrouvons 4 ordres de signes au T.V. et au T.R. : ce sont les modifications qui peuvent être inhérentes à l'utérus, aux annexes, aux paramètres et aux ligaments utéro-sacrés. Il semble que ces modifications soient mieux appréciées par des examens cliniques répétés avec un maximum lors des crises douloureuses.

A- Au niveau de l'utérus, On note essentiellement 2 ordres d'anomalies

1), une augmentation de volume, qu'il s'agisse d'une hypertrophie régulière de l'utérus ou d'un fibrome polylobé volumineux avec des bosselures ressenties tant sur le plan abdominal qu'au niveau du cul-de-sac de douglas, bosselures qui peuvent être indolentes ou sensibles. Le fibrome est fréquemment associé à l'endométriose surtout à l'endométriose utérine. Nous nous étendrons tout particulièrement dans un proche chapitre, sur ce problème qui a retenu notre attention et sur lequel nous voulons insister tant sur le plan d'évocation diagnostique que sur un plan de relation et d'évolutivité avec la maladie endométriale elle-même.

Sur l'ensemble des endométrioses présentées par HELBONNER, le fibrome est associé dans 31,9 % des cas. Cette fréquence est encore plus grande si, l'on ne considère que les endométrioses internes (42,25 %).

SIEGLER, FRIEDMANN et KELLY estiment l'association fibrome-endométriose respectivement à 62, et 44,9 % pour 73 et 122 cas.

2) La rétroversion utérine est observée moins fréquemment. Il peut s'agir d'une rétroversion mobile ou fixe. VANDEKERKHONE trouve 9,3 % des cas de rétroversion sur 43 cas d'endométriose dont le diagnostic a été fait par la laparoscopie.

Dans la série de malades que nous allons étudier et pour laquelle nous prions le lecteur de se reporter à la fois sur les observations déjà rapportées et sur celles que nous allons donner plus loin dans le chapitre des augmentations de volume utérin, nous avons trouvé, au total, 7 fois une augmentation de volume utérin.

B- Annexes tumorales

Il est fréquent de retrouver une masse annexielle ; il peut s'agir soit de kystes ovariens lutéals ou hémorragiques. Soit d'un hydrosalpinx associé à l'endométriose,

soit de kystes ovariens purement endométriaux. Ceux-ci n'ont aucun caractère spécifique en dehors des cas où ils se trouvent être fixés, encore faut-il faire la part de confusions possibles avec un cancer ovarien ou un kyste banal qui peut être également inclus dans un ligament large.

HELBONNER trouve, parmi les 204 cas d'endométriose externe, 17 cas présentant un kyste de l'ovaire folliculique soit 5,9 %, 3 cas de cancer ovarien, soit 1,7 % pour 77 ovaires endométriaux, soit 37,75 %.

C- Le signe de FUNK-BRENTANO et ROBERT

Il traduit l'envahissement ou la rétraction d'un paramètre qui a été induré par une infiltration de tissu conjonctif ayant laissé la muqueuse souple. P. GAUTHIER trouve sa fréquence de 17 % pour 64 opérées. De notre côté, nous avons pu observer ce signe dans le cas d'endométriose du col avec induration du paramètre gauche dans l'observation N° III.

D- La paramétropathie nodulaire (signe de MUSSET) :
Il s'agit là, de petits nodules durs enchassés dans les ligaments utéro-sacrés. VANDEKERKHONE retrouve parmi ces 47 endométrioses, 46 % des cas présentant une paramétropathie nodulaire. Ce serait donc pour lui un signe notablement important. Dans nos observations, nous ne l'avons pas constaté, cependant dans un cas non rapporté dans nos observations et opéré d'urgence dans notre service pour une torsion et rupture d'un kyste ovarien, qui s'est avéré être d'origine endométriale, l'examen gynécologique pratiqué après l'intervention a mis en évidence une induration en cordon des ligaments utéro-sacrés. Nous nous permettons de souligner ce signe, qui à notre avis, peut avoir un intérêt car nous avons observé très souvent, au cours des interventions, une induration chirurgicale du torus utérinus et de l'isthme avec l'implantation des ligaments utéro-sacrés qui parfois même aide au diagnostic per-opératoire de l'endométriose.

IV Nous arrivons maintenant à la discussion diagnostic

Pour arriver au diagnostic de l'endométriose, il faut souligner que ce dernier peut se poser à différentes phases. L'idéal est d'arriver à un diagnostic pré-opératoire de présomption, qui selon le tableau, va ou non engendrer une intervention. Dans d'autres cas, le diagnostic ne va s'évoquer qu'en phase per opératoire, et en dernière analyse il se peut que le diagnostic ne soit uniquement qu'histologique. Nous voulons successivement envisager ces différentes phases et nous voulons illustrer avec un certain nombre d'observations les différents temps qui ont pu conduire au diagnostic d'endométriose.

1- Phase de discussion ou de présomption diagnostic :

L'endométriose a été soupçonnée dans trois de nos observations.

Le diagnostic de présomption a été basé :

- sur des signes cliniques : chez une de nos malades (obs. N° 9), l'endométriose a été évoquée devant un utérus volumineux, polylobé avec 2 bosselures douloureuses au T.V.

Mme M.L..... 53 ans le II-2-65 : A eu trois grossesses avec accouchements prématurés. Règles abondantes pendant 10 jours. A eu il y a quelques mois des méno-métrorragies et traitée par Sténandiol I.M. 10ème et 14ème jour.

EXAMEN : Fibrome utérin volumineux et polylobé avec deux bosselures douloureuses qui font suspecter l'endométriose.

HYSTEROGRAPHIE : Cavité utérine importante avec impression de dédoublement utérin au niveau de son fond.

C.R.O.

HYSTERECTOMIE TOTALE SANS CONSERVATION

- Médiane sous ombilicale prolongée en latéro-ombilicale car la malade est une obèse notable, que la masse à extirper est volumineuse par elle-même.

- Le fibrome est lui-même uniforme, augmentant la totalité du corps utérin lequel est souple, hyperhémie volontiers hémorragique et oedématié.

Les deux ovaires sont scléreux, le droit étant même véritablement incorporé dans le péritoine pelvien.

- Réalisation d'une HYSTERECTOMIE TOTALE sans conservation ovarienne. Cette intervention sera rendue délicate par la profondeur du sujet, et difficile par l'hypervascularisation cervico-vaginale, essentiellement artérielle et obligeant à des hémostases successives qui, petit à petit, obligeront à s'enfoncer très avant dans le paramètre gauche, en zone



urétérale, sans pouvoir cependant repérer convenablement la position de l'uretère.

- En fin d'intervention on obtiendra une hémostase valable au prix d'un temps considérable, et ceci obligera à mettre en place une lame de drainage sous-péritonéale sortant par le vagin partiellement refermé.

- Péritonisation.

- Paroi deux plans. Fils sur la peau.

HISTOLOGIE - HYSTERECTOMIE TOTALE - (Pr. J. DERRUX)

L'utérus est déformé par la présence d'un volumineux myome.

Les nombreux fragments prélevés au niveau de la pièce opératoire ont montré une muqueuse exocervicale normale avec seulement un discret aplatissement parakératosique des cellules superficielles. L'épithélium malpighien revêt la jonction de chaque côté et s'enfonce dans l'endocol. Plus loin, la muqueuse cylindrique du canal montre des franges hyperplasiques enflammées à chorion oedémateux infiltré de nombreux lympho plasmocytes. On note quelques foyers isolés de métaplasie malpighienne ; les glandes sont adénomateuses et hypersecrétantes. On reconnaît un petit polype richement vascularisé. En profondeur avant l'isthme apparaissent à nouveau en bordure des zones de métaplasie malpighienne débutante. La muqueuse endométriale épaissie et hyperplasique est au stade sécrétoire débutant avec des signes évidents de déséquilibre oestrogène-progestatif. Les tubes sont encore très florides avec des figures de mitoses et des vacuoles de glycogène à la base des noyaux. Le myomètre très dense contient un volumineux léiomyome avec des images palissadiques par des plages d'oedème ou sclérohyalines.

Les ovaires ont un stroma cortical très épais, hyperplasique, fait d'un entrecroisement serré de faisceaux fibroblastiques. On y note quelques kystes germinatifs. L'un des ovaires contient un corps jaune en pleine activité. La cavité est remplie de sang et de fibrine. Au niveau de l'un des ovaires en périphérie, apparaissent des cavités revêtues d'un épithélium basophile de type endométrial qui repose sur un chorion cellulaire.

Les trompes ont des franges hyperplasiques qui se projettent dans la lumière ; elles sont enflammées chroniquement.

CONCLUSION : Hyperplasie polypoïde et inflammatoire de l'endocol avec zone de remaniement.

Hyperplasie de la muqueuse endométriale avec signe de déséquilibre oestrogène-progestérone.

Léiomyome remanié. Ovaires témoignant d'une action lutéale mais aussi d'une activité oestrogénique importante.

Endométriose ovarienne.

Il n'existe ici aucune image suspecte de prolifération épithéliale maligne.

SUR DES SIGNES CLINIQUES ET LA COELIOSCOPIE : une malade présentait une endométriose ombilicale -(c'est l'observation N° 1, déjà rapportée) et l'autre présentait un fibrome associé à une dysménorrhée et à une atrésie vaginale. Il s'agit de l'observation N° 6. Nous rapportons uniquement cette observation car c'est la seule où nous avons pu évoquer en présomption une endométriose interne sur un minimum de signes, à savoir la dysménorrhée, l'atrésie vaginale. Ces lésions ont entraîné une coelioscopie qui a permis de découvrir un utérus volumineux inflammatoire, des ovaires présentant des kystes hémorragiques avec un accollement d'un gros ovaire pratiquement incorporé dans la paroi et une abondante sérosité séro-sanglante dans le Douglas.

Mme H.O.... 45 ans. le 22-12-66 : Envoyée pour une grosse masse sentie dans le cul de sac droit avec atrésie vaginale. Dysménorrhée. Par ailleurs, cette malade était fragile sur le plan psychologie.

EXAMEN : Utérus dévié à droite probablement avec une masse très dure retrouvée au T.R., douloureuse.

COELIOSCOPIE : Aspect inflammatoire d'un myome volumineux, avec nombreux vaisseaux parcourant la surface de cette masse. Deux ovaires accolés à la face postérieure. Il y a une sérosité séro-sanglante dans le Douglas qui est rempli.

CONCLUSION : Fibrome en pleine évolutivité peut-être sous une dépendance endométriale.

C.R.O. HYSTERECTOMIE TOTALE SANS CONSERVATION
 CLOISONNEMENT DU DOUGLAS
 PLASTIE POUR ATRESIE VAGINALE

- Médiane sous ombilicale
- Il existe effectivement des lésions importantes à la fois sur le corps utérin, présence de myomes volumineux, incorporés sur un utérus très dur à allure inflammatoire ; l'annexe droite est sub-normale quoiqu'enrobée dans des adhérences vélamenteuses qui combleront également tout le cul de sac de Douglas ; l'annexe gauche est nettement pathologique,

présente un volumineux hydrosalpinx inclus dans le ligament large et l'ovaire participe au processus d'incorporation, de même, le pédicule lombo-ovarien gauche est rétracté, épaissi, étalé et donnera des difficultés techniques pour sa libération, en particulier, sur le plan de l'hémostase qui doit être faite à plusieurs reprises à l'aiguille montée.

- Dès lors, le reste de l'intervention se déroule normalement, réalisation d'une HYSTERECTOMIE TOTALE par désinsertion, technique habituelle.

- Ouverture du vagin au niveau de la bride et PLASTIE par incisions radiées, on passe des bougies jusqu'au N° 20, puis au doigt et deux doigts. pour ne pas obtenir de rétraction secondaire, on amarre la face antérieure du vagin en créant deux petits ligaments destinés à maintenir la béance. Le fond vaginal ne sera pas fermé, et on draine par un volumineux drain 40 sortant par le vagin.

- Péritonisation au dessus et CLOISONNEMENT DU DOUGLAS pour terminer.

- Paroi deux plans ; surjets sur la peau.

HISTOLOGIQUE - HYSTERECTOMIE TOTALE + DEUX ANNEXES (Pr. J. DEBRUX),

L'examen du col utérin n'a pas montré d'anomalie notable.

L'endomètre est par contre hyperplasique et polypoïde. La muqueuse utérine subit une hyperstimulation oestrogénique, sans signes histologiques d'action lutéale. Les tubes glandulaires sont ovalaires, assez réguliers, bordés par un épithélium cylindrique haut, comportant des figures de mitoses. Le stroma sytogène est fibroblastique. Il est le siège d'une inflammation interstitielle diffuse, polymorphe non spécifique.

Le myomètre est déformé par la présence de fibromyomes, mais ceux-ci s'individualisent finalement autour de plages d'endométriase.

Les fibromyomes ont une structure fasciculée typique et régulière. Les trousseaux musculaires sont peuplés de cellules florissantes, mais dépourvues d'anomalies et de figures de mitoses ; les remaniements fibreux sont peu marqués.

L'endométriase a un caractère relativement massif. Les plages ~~regulières~~ ~~sterratis~~ sont nombreuses, parfois étendues. Leur aspect est sensiblement identique à celui

de l'endomètre endocavitaire, indiquent toutefois une stimulation oestrogénique moins intense.

Au niveau des annexes, l'un des ovaires contient un kyste lutéinique hémorragique qui atteint 2 cm de diamètre. La trompe correspondante est en voie d'atrophie fibreuse.

A gauche, il existe bien un hydrosalpinx, la trompe est sinueuse, la lumière est distendue, kystique. Elle est tapissée par une muqueuse atrophique soulevée de loin en loin, par de courtes franges. Celles-ci sont centrées par un axe épais, traversé de gros vaisseaux et contenant des infiltrats inflammatoires subaigus. Le reste de la paroi apparaît aminci, fibreux. Mais l'examen de ces fragments n'a révélé aucune lésion spécifique.

Le kyste du vagin se présente comme une cavité arrondie, à contours lisses. Il est tapissé par un épithélium cylindrique mucipare aplati ou atrophique. A côté de ce kyste, on distingue un petit bouquet de glandes muqueuses, qui semble aller s'ouvrir à la surface. En résumé, on se trouve en présence d'un kyste glandulaire développé sans doute par obstruction du collet, sur une zone de muqueuse endocervicale ectopique.

En fait, il s'agit là d'un véritable "oeuf de Naboth"

En tout cas, l'examen de ces prélèvements n'a révélé aucune suspicion de malignité.

Il est bien évident que tout doit tendre à faire un diagnostic pré-opératoire, et en dehors des éléments que nous venons de donner, il faut souligner que différents examens ont été proposés par différents auteurs :

- Les frottis vaginaux ou la biopsie de l'endomètre n'ont pas été pour nous d'un grand intérêt, en dehors des cas de dépistage.

- La biopsie du col n'a été intéressante que dans le cas d'endométriose du col qui a permis à la fois à notre anatomo-pathologiste d'affirmer un diagnostic et nous a permis d'éliminer un cancer que nous pensions évident. C'est un examen délicat, le prélèvement doit se faire à la périphérie de la lésion, peut ne montrer qu'une réaction inflammatoire et on ne doit tenir compte que des éléments positifs.

- L'hystéroggraphie a pu, pour certains auteurs, amener certaines images qui ont pu être évocatrices, à savoir de petits diverticules en rayons de roue des plages lacunaires avec de multiples arborescences centrées sur l'axe de la trompe, une obstruction des cornes ou des trompes, mais ces signes sont intéressants si on les retrouve dans un contexte clinique donné chez une femme jeune et s'ils sont bilatéraux. L'hystéroggraphie a été pratiquée chez 3 de nos malades, elle n'a objectivé que des lésions en rapport avec un fibrome ou un polype intra-cavitaire. Nous ne pouvons pas dire que nous comptons dessus.

- Le lavement baryté ou des radiographies du transit intestinal peuvent amener évidemment des images de présomption lorsqu'elles montrent des images de sténose, encore faut-il discuter toute la nature de cette sténose, s'attacher à différencier ces images des images de néoplasie et essayer de retrouver des muqueuses qui apparaissent saines et non envahies, comme c'est le cas dans les tumeurs inflammatoires, car dans le cas de l'endométriase, la muqueuse est indemne.

- Enfin et surtout, nous revenons sur la coelioscopie dont l'indication peut être posée dans les circonstances les plus variées, mais c'est de tous ces examens, certainement le meilleur avec l'expérience qu'on peut en avoir qui nécessite des normes rigoureuses, à la fois de position, d'aseptie, de mobilisation des organes génitaux sous anesthésie pour permettre de voir au mieux l'utérus, la face postérieure des ligaments larges, les ovaires en mobilisant l'utérus de façon à voir si ces ovaires sont ou non accolés et surtout des images directes de présomption comme des kystes chocolats. Comme des nodules noirâtres sur les trompes, de la sérosité noirâtre dans le Douglas ou encore des localisations directement péritonéales. Il faut enfin mettre à l'actif de la coelioscopie, la possibilité pour certains anatomo-pathologistes d'identifier sur le plan cellulaire l'endométriase lorsqu'on arrive à aspirer certaines sécrétions ou certaines sérosités séro-sanglantes, étude cyto-

logique bien difficile mais qui peut parfois apporter une solution diagnostique. Nous verrons plus loin, dans le chapitre thérapeutique, l'intérêt majeur que peut présenter évidemment le diagnostic pré-opératoire de telles formes.

2- En phase per-opératoire

Le diagnostic a été fait chez 4 malades, les lésions évocatrices ont été des associations de deux ou plusieurs des éléments ci-dessous :

importance des adhérences tubaires ou intestinales, présence d'une rétraction fibreuse des pédicules vasculaires ou de la face postérieure de l'isthme avec souvent accollement du recto-sigmoïde ou rétraction du cul-de-sac de Douglas.

L'utérus peut être augmenté de volume ou inflammatoire, nettement hypervascularisé. Enfin, on peut trouver des taches brunâtres au niveau de l'intestin, du péritoine ou de la face postérieure de la vessie. Nous avons signalé la fréquence de la présence de liquide noirâtre ou de sérosités sanglantes dans le cul-de-sac de Douglas. Il faut enfin signaler la fréquence des classiques kystes goudron ou chocolat qui sont nettement plus évocateurs de l'endométrie. Mais nous tenons à souligner, une nouvelle fois, l'intensité des phénomènes de rétraction, en particulier des ligaments utéro-sacrés et du torus utérinus qui attirent l'utérus vers le vagin, empêchent son ascension chirurgicale et entraînent une dissection qui est toujours plus laborieuse et volontiers hémorragique.

Nous possédons 4 observations qui répondent à cette définition, ce sont les observations 2-7-8 et 10. Nous les donnons successivement à votre lecture.

Mme B.C..... 27 ans le 19-6-67 (observation N° 7)

Envoyée pour une grosse masse ovarienne droite, reconnue par le Docteur BASCH, traitée pour stérilité.
Dysménorrhée primitive

EXAMEN : Annexes droits de taille d'une orange, douloureuse au toucher.

C.R.O. OVARECTOMIE DROITE
RESECTION CUNEIFORME DE L'OVAIRE GAUCHE

- Médiante sous ombilicale non complète
 - Dès l'ouverture, on se rend compte qu'il s'agit effectivement d'une endométriose car il existe des taches brunâtres sur la face postérieure de la vessie et l'on découvre du liquide noir dans le Douglas. Par chance, la masse kystique peut être extériorisée, sans avoir à disséquer le pelvis, comme c'est souvent le cas.
 - L'ovariectomie droite est donc pratiquée sans difficulté. La totalité de l'ovaire est détruite, il contient une quantité importante de liquide endométrial.
- L'utérus est petit ; les deux trompes sont congestives, et il existe une endométriose de l'ovaire gauche, 2/3 environ de l'ovaire augmenté lui-même de volume sont atteints par le processus. Résection cunéiforme avec évidement qui laisse, à notre avis, une quantité suffisante pour avoir une ovulation et un cycle.
- Il n'est pas question en effet, de castrer cette jeune femme, non prévenue et de plus il n'existe aucune localisation visible ou palpable dans l'abdomen ; on a vérifié le colon, le recto-sigmoïde, le grêle et l'ombilic.
 - Assèchement, toilette péritonéale ; un drain de redon dans le Douglas.
 - Paroi plan par plan, fils sur la peau.

HISTOLOGIE -(Pr J. DEBRUX)

EXAMEN MACROSCOPIQUE : L'ovaire droit est le siège d'une formation kystique d'un volume d'une mandarine ; à la coupe, elle est uniloculaire, remplie d'une substance hémorragique.

EXAMEN MICROSCOPIQUE : L'ovaire gauche soumis à l'examen est de taille normale et de type fonctionnel. Au sein d'un stroma cortical dense, diffusément dissocié par de l'oedème et des phénomènes congestifs, on rencontre des organités folliculaires à tous les stades de leur évolution. Il existe aussi un kyste lutéal hémorragique en pleine activité. Enfin, on voit des corps jaunes regressifs ou atrésiques. C'est l'aspect d'un ovaire fonctionnel avec image de kyste lutéal hémorragique en pleine activité sans aucun signe de malignité.

- L'ovaire droit est porteur d'un très volumineux kyste à contenu hémorragique lysé, parsemé de macrophages chargés de pigments fériques. La bordure est partiellement abrasée, mais on reconnaît çà et là un épithélium de type endométrial floride, reposant sur un liseré de stroma cytogène.

La paroi du kyste est mince et laminée ; elle est faite d'un feutrage de fibres conjonctives, on peut voir une large plage de stroma endométrial fonctionnel.

CONCLUSION : C'est l'aspect d'un volumineux endométriome kystique, d'aspect floride ou en voie de remaniement. Il n'existe aucun signe de malignité.

Mme H.... 41 ans le 26-3-64 : (Observation N° 8)

Envoyée pour un fibrome, cycle régulier, court, avec règles abondantes.

EXAMEN : Il existe un volumineux fibrome sous-péritonéal-pédiculé de la taille d'un pamplemousse extrêmement dur, mobile, polylobé peut-être au dépens de la face antérieure de l'utérus. Corps utérin paraît refoulé en arrière. Annexe droite hypertrophiée et peu sensible. Annexe gauche non perçue. Hystérectomie sans conservation.

C.R.O. **HYSTERECTOMIE TOTALE SANS CONSERVATION**
 CLOISONNEMENT DU DOUGLAS

- Médiane sous ombilicale, espace long, favorable
- Il existe effectivement un volumineux fibrome pédiculé au dépens du fond utérin au niveau de la face antérieure, de la taille prévue, souple, d'aspect bénin quoi-qu'hyper-vascularisé.
- Surtout, on découvre un accolement sigmoïdien au niveau du tiers inférieur avec une rétraction fibreuse postérieure de l'intestin. Ceci associé à un kyste dévitalisé de l'ovaire droit, répond typiquement aux lésions opératoires d'endométriose. Ceci expliquerait également le développement rapide de la tumeur pédiculée dont on ne s'expliquait pas la cause. Par ailleurs, plusieurs petits myomes sous-séreux à la face postérieure utérine.
- Dans ces conditions, et parce-qu'on pense en surcroît à l'endométriose **HYSTERECTOMIE TOTALE** sans conservation. Conservation totale vaginale. Une lame de drainage ; pas de surjet sur la tranche. Péritonisation bord à bord.
- Paroi 2 plans ; agrafes + fils sur la peau.
- **APPENDICECTOMIE** complémentaire avec enfouissement.

HISTOLOGIE - (Pr. J. DEBRUX)

Hystérectomie totale : La muqueuse du col utérin présente quelques infiltrats inflammatoires lympho-plasmocytaires peu denses et diffus. La cavité du corps est tapissée par un endomètre peu épais et qui semble laminé par la saillie de masses tumorales sous-jacentes. Cette muqueuse subit une stimulation oestrogénique active comme en témoigne la présence de nombreuses figures de mitoses dans les tubes glandulaires qui sont généralement rectilignes.

Le myomètre contient plusieurs léiomyomes. Le plus volontiers atteint en effet, la taille d'un pamplemousse. Tous ont une structure sigillaire : tumeurs arrondies, bien limitées par des tassements des tissus adjacents. Les trousseaux de fibres musculaires lisses s'enroulent en tous sens, au sein d'un stroma-scléreux plus ou moins développé selon les nappes examinées. Les cellules musculaires sont régulièrement allongées, sans figures de mitoses et rien ici ne permet d'évoquer un processus dégénératif sarcomateux éventuel.

Au niveau des annexes les trompes paraissent sensiblement normales. Les ovaires contiennent des organites cicatriciels : follicules et corps jaunes. Dans l'un, on note également deux endométrïomes dont la paroi en partie ulcérée est parsemée de dépôts pigmentaires hémorragiques. Ces formations ont par ailleurs un aspect quiescent et ne présentent aucune suspecte de prolifération épithéliale maligne.

Mme R.C..... 34 ans le 6-1-66 (Observation N° 10)

Adressée pour un fibrome. A présenté une méno-métrorragie importante il y a deux semaines, et par ailleurs, les règles normalement, sont de plus ou moins longue durée, sans autres anomalies. Pas de signe de compression sauf polakiurie. Traitement stérandryl, deux mois sans résultat.

EXAMEN : Fibrome volumineux multiple sur le corps utérin. Masse isolée droite (fibrome inclus dans le ligament large) refoulant l'utérus à gauche.

HYSTEROGRAPHIE : fibrome intra-cavitaire sessile et augmentation de volume de cavité utérine.

C.R.O. - HYSTERECTOMIE TOTALE SANS CONSERVATION
- DEUX IMPLANTS DE GYNOESTRYL à 20 NG
- CLOISONNEMENT DU DOUGLAS

- Médiane sous ombilicale

- Gros fibrome comportant un utérus fibromyomateux dans son ensemble, un énorme myome antéro-latéral droit inclus en partie dans le ligament large ; de plus à l'hystérographie, polype sous-muqueux occupant une grosse partie de la cavité. L'exploration découvre en outre, au niveau des deux ovaires, et particulièrement à droite, des lésions vasculaires et hémorragiques faisant évoquer un processus dégénératif sarcomateux.

- Dans ces conditions, et parcequ'on estime que malgré l'âge de la malade la meilleure solution sera celle d'une intervention radicale, on réalise une hystérectomie totale sans conservation qui sera rendue délicate par un saignement assez intempestif à tous les étages : hématomes au niveau des ligaments ronds, hémostase particulièrement difficile de la tranche vaginale malgré la technique habituelle de désinsertion.

- On terminera par une suture bord à bord de cette tranche, une fermeture sans drainage et une suspension du dôme vaginal et un cloisonnement du Douglas, tout au lin.

- Fermeture de la paroi en deux plans : petite lame sous-cutanée du fait de l'importance de l'hémorragie en nappe pariétale.

- Réanimation per-opératoire : deux flacons : T.A. maintenue entre 12-14 tout au long de l'intervention.

HISTOLOGIE - (Pr. J. DEBRUX)

La pièce opératoire a été examinée par de nombreux prélèvements étagés.

Le col montre un revêtement malpighien externe de structure normale. A la jonction existent quelques glandes kystiques et des phénomènes inflammatoires. La muqueuse endocervicale est constituée de petites franges enflammées à leur extrémité. Les glandes sont en nombre limité. Par endroits existent de petits foyers de métaplasie malpighienne débutante. Dans la paroi du col, en profondeur, on note quelques formations canaliculaires corticariennes. L'endomètre est d'épaisseur inégale avec des tubes, réguliers, florides, dans un stroma très dense fibro-blastique. Ça et là, on note au niveau des tubes, des figures de mitoses. Occupant une grande partie de la cavité endo-corporéale, on rencontre un polype dont le stroma présente une trame fibreuse, peuplée de nombreux fibroblastes. Il est traversé de multiples tubes glandulaires de taille inégale, plus ou moins subaigus, ainsi que des foyers d'infarcissements hémorragiques débutants. Le myomètre, est dense, léiomyomateux constitué de faisceaux musculaires épais, entrecroisés, tassés les uns contre les autres.

L'ovaire gauche montre une corticalité épaisse, très cellulaire. On y rencontre des follicules atrétiques. L'ovaire droit est le siège de plusieurs endométrioses kystiques ayant bordure cylindrique de type endométrial. Elle repose sur stroma cellulaire que dissocient des raptus hémorragiques. La lumière est remplie de sang hémolysé avec un dépôt massif de pigments et de macrophages. En périphérie, on note plusieurs organites folliculaires en voie de croissance avec une thèque épaisse et floride.

Les deux utérus sont identiques avec des franges plus ou moins proéminentes dont le stroma est scléreux et discrètement enflammé.

CONCLUSION : Inflammation à la jonction et au niveau de la muqueuse endocervicale,

Endomètre en partie abrasé

Polype intra-utérin

Endométriose ovarienne droite

Il n'existe ici aucune image suspecte de malignité

3- Le diagnostic peut être seulement confirmé en période post-opératoire :

Nous avons posé ce diagnostic chez deux malades, opérées pour fibrome (ce sont les observations 4 et 5 qui vont suivre) et dans un cas d'endométriose du col, déjà annoncé (obs. N°3) où seule, l'histologie a affirmé la bénignité de la lésion cervicale.

Mme S..... 52 ans le 23-9-64 (Observation N° 4)

Consultée à la suite de découverte d'une masse abdominale par la malade. Troubles de compression vésico-rectale.

Les règles sont abondantes sans qu'il y ait une véritable hémorragie.

EXAMEN : Cette masse est en effet, considérable, à la fois abdominale et pelvienne, irrégulière et bosselée, elle est enclavée dans le Douglas entraînant des compressions.

HYSTEROGRAPHIE : Montre une image de dilatation cavitaire en rapport avec un volumineux fibrome.

C.R.O. HYSTERECTOMIE TOTALE SANS CONSERVATION

- Médiante sous ombilicale large
- La masse, comme prévue énorme et essentiellement bilobée avec deux énormes myomes l'un antérieur saillant sous la paroi abdominale, l'autre postérieur incarcéré dans le Douglas, mais l'ensemble "ascensionnelle" très facilement s'exteriorise, ce qui rend l'intervention extrêmement simple.
- On réalise une HYSTERECTOMIE TOTALE sans conservation avec fermeture première de la tranche vaginale après désinsertion cervicale.
- Péritonisation
- Fermeture sans drainage
- Paroi deux plans ; agrafes, fils sur la peau.

HISTOLOGIE -(Pr: J.DEBRUX)

HYSTERECTOMIE TOTALE :

Etude macroscopique : La pièce du col utérin est modérément atrophique. Elle est en outre dystrophique, certains récessus glandulaires sont kystiques, bordés par un épithélium aplati.

La cavité de l'endomètre est tapissée par un endomètre non hyperplasique, en phase proliférative, qui subit une stimulation oestrogénique active. L'épithélium des tubes glandulaires contient en effet, nombreuses figures de mitose.

- Dans le myomètre il existe d'une part des Léo-myomes, d'autre part une endométriose.

L'endométriose est représentée par deux ou trois plages de muqueuse aberrante située à peu de distance de la jonction endométriale, à proximité de l'œdème. Les îlots sont englobés dans une zone scléreuse. Les îlots sont limités, leur structure est normale, trompes et ovaires musculaires lisses qui s'entrecroisent en tous sens au sein d'un stroma scléreux dans l'ensemble assez développé. Les cellules musculaires lisses sont allongées plus ou moins régulières mais sans atypie importante, ni figure de mitose. Les ovaires et les trompes sont en voie d'atrophie fibreuse. L'un des ovaires contient un petit kyste folliculaire. Quoiqu'il en soit, aucun des prélèvements examinés n'a présenté la moindre suspicion de caractère malin.

Mme F.... 43 ans le 26-2-63 (Observation N°5)

Symptomatologie abdominale, avec parfois crise douloureuse paroxystique entraînant des nausées, constipation habituelle. A eu des séances d'électrocoagulation pour des kystes vraisemblablement cervicaux.

Cycle 30-31 jours, durée de 5 jours, pas de ménométrorragie.

Lavement baryté : Dans l'ensemble normal

Aspect un peu rigide de la dernière anse grêle sans iléité, appendice injecté sur un des clichés.

EXAMEN : Point douloureux iliaque droit assez interne, utérus augmenté de volume rétroversé, basculé à droite, gros ovaire très sensible.

C.R.O. HYSTERECTOMIE TOTALE SANS CONSERVATION
APPENDICECTOMIE

- Médiane sous ombilicale court
 - L'utérus est augmenté de volume, marbré, basculé en arrière
 - Dans le cul-de-sac de Douglas, existe une quantité relativement importante de séro-sanglante (liquide).
 - les deux trompes sont le siège d'une salpingite catarrhale exsudative.
 - Les deux ovaires sont de qualité moyenne
 - Le carrefour caeco-appendiculaire est examiné avec soin, l'appendice est rétro-caecal, long, blanchâtre porteur de lésions chroniques.
- La dernière anse iléale est reliée au péritoine pariétal sous caecale par un voile adhérentiel assez épais bridant les dernières anses d'iléon et les attirant vers le bas comme un drapeau.
- Le grêle par lui-même n'est pas inflammatoire.

Hystérectomie totale sans conservation.

HISTOLOGIE - (Pr: J. DEBRUX)

La muqueuse du col utérin est le siège de dilatation glandulaires plus ou moins kystiques qui tendent à en soulever la surface. Dans la partie basse du canal, il existe une courte zone de métaplasie salpighienne, non hyperplasique ni dystrophique, l'aspect est celui d'une dystrophie glandulokystique.

La cavité utérine est tapissée par un endomètre de type lutéal. Cependant, certains tubes glandulaires sont fortement dilatés, réalisant de véritables formations kystiques et témoignant comme au niveau du col de l'existence d'une dystrophie kystique, associée à une discrète hyperplasie de la muqueuse. Le myomètre est formé de faisceaux ou peu hypertrophiés au sein desquels sont enchassés des ilôts d'endométriase. Ceux-ci ont une structure typique : tubes glandulaires et chorion cytogène. Ils ne montrent aucune anarchie cytoarchitecturale.

Les trompes ne comportent pas d'anomalies caractéristiques. L'un des ovaires contient un corps jaune floride, à centre hémorragique, dans l'autre on voit un kyste sphérique d'origine probablement folliculaire.

Quoiqu'il en soit, nulle part, sur ces fragments on n'a mis en évidence aucune image suspecte de prolifération épithéliale maligne.

V Le problème de l'endométriase interne et fibrome :

Nous voulons maintenant isoler plus particulièrement un chapitre qui nous a paru intéressant et qui vise à identifier peut-être certaines constatations cliniques avec des constatations anatomopathologiques et histologiques.

Notre but est d'attirer l'attention sur la coexistence entre des augmentations de volume utérin, qu'il s'agisse de myomes diffus ou de fibromes plus ou moins volumineux, plus ou moins individualisés et plus ou moins évolutifs et l'existence d'une endométriase.

A - L'endométriiose interne :

Nous différencions en effet, deux variétés :

1) L'endométriiose utérine banale, celle qui consiste à avoir des éléments d'endomètre, des tubes endométriaux, dans la paroi musculaire de l'utérus. Elles sont probablement dûes à des petites embolies dans les vaisseaux ou une invagination intra-murale de l'endomètre utérin.

2) L'adénomyome ou l'adénomyomatose, dans laquelle hormis la présence des îlots endométriaux, on observe surtout une hyperplasie musculaire très nette et diffuse. C'est une myomatose diffuse, bien limitée intéressant l'une des faces de l'utérus.

B - Le fibrome et Endométriiose :

Il présente une particularité propre en ce sens, qu'on retrouve non seulement une structure de fibromyome banale, mais aussi une hypertrophie musculaire interne avec une fibrose plus ou moins marquée.

Dans notre série, nous trouvons 7 fois une nette augmentation du volume utérin et parmi ces cas, 4 ont une structure de fibromyome ; ce sont les observations 4-8-9 et 10, deux ont une structure de fibromyomateuse diffuse autour des plages d'endométriiose, observations 1 et 10 et une, présente une hypertrophie myomateuse pure, observation N° 5.

A priori ces manifestations cliniques différentes, associées à l'endométriiose, nous ont permis de rapporter l'opinion que nous nous sommes fait de l'aspect clinique et opératoire de telles lésions confrontées avec l'histologie correspondante.

Il nous est, en effet, apparu que des fibromes à développement rapide et parfois douloureux pouvaient avoir pour promoteur une endométriiose.

Les examens tels que la coelioscopie, ont pu parfois orienter quand une lésion très évocatrice, comme un kyste

goudron, était découverte. Mais ailleurs, seuls des aspects d'œdème d'hypervascularisation de l'utérus, nous ont conduit à un diagnostic de présomption.

De même, l'existence de processus adhérentiel, allait de paire avec l'identification de l'adénomyose.

Sur le plan opératoire, ces différences se retrouvent : les adénomyomatoses sont plus volontaires, retractiles, adhérentes, donnant en général, une impression de difficulté opératoire plus grande, des difficultés d'hémostase, surtout au niveau de tranche vaginale.

Nous avons souligné à différentes reprises, les éléments qui nous paraissent devoir faire retenir à ce propos le diagnostic per-opératoire d'endométriose.

Enfin, pour terminer, il nous semble utile de nous attarder sur le problème posé par d'abord l'hyperplasie musculaire et ensuite la pathogénie de l'adénomyose.

En cette matière, il y a des facteurs qui interviennent ; des facteurs généraux ou locaux.

On note constamment une stimulation oestrogénique plus ou moins intense à l'examen histologique de muqueuse utérine. C'est ce qui nous a fait supposer qu'il existe un effet direct engendré par l'endométriose sur le développement utérin, qui peut avoir à son origine des désordres oestro-progestatifs.

Quelques fois, dans les localisations péritonéales, au niveau des ligaments utéro-sacrés, on observe des foyers endométriaux, circonscrits d'une prolifération importante de fibres musculaires lisses. Tout le problème est de savoir pourquoi, car dans ces régions, il n'existe pas ou existe très peu, de fibres musculaires lisses.

Ceci impose à penser à la possibilité d'une ~~introduction~~ introduction par la cellule endométriale qui est capable de provoquer une différenciation de tissu conjonctif de ces régions pour donner naissance à de véritables faisceaux musculaires lisses. L'adénomyose serait l'aboutissement de différenciation et de dédifférenciation des éléments musculaires.

Les éléments musculaires qui constituent le myomètre ont des possibilités de régression et ils peuvent devenir des cellules fibro-blastiques mœusenchymateuses.

D'autre part, du côté des lacunes vasculaires, des éléments musculaires d'un fibrome, disparaissent pour être remplacés par des petits éléments allongés qui sont exactement ce stroma endométrial.

Les cellules musculaires parfois, prennent un aspect carcinomateux lors de la grossesse, sous l'effet d'un traitement par des progestatifs de synthèse ou spontanément lors d'un déséquilibre hormonal.

Il existe aussi des cas de dédifférenciation des fibres musculaires lisses qui reviennent à l'état embryonnaire dans les maladies assez particulières qui sont la moyenne stromale et la sarcome stromale, avec la possibilité de redifférenciation secondaire en éléments, par exemple épithéliaux, dans carcinosarcome.

Telles sont les possibilités de transformation des cellules musculaires lisses de myomètre.

Cela ne serait pas possible vers des cellules bénignes, type endométrial ? L'endométriase ne serait pas autre chose que l'équivalent d'un sarcome endométrial ?

Référons nous à la photographie N° 1, qui montre la présence des cellules de type sécrétoire au sein de myomètre.

ATTITUDE THERAPEUTIQUE

L'idée générale qui se dégage de l'ensemble des observations que nous avons décrites fait ressortir en ce qui nous concerne une tendance marquée à la chirurgie radicale. Le seul avantage que l'on puisse reconnaître à cette méthode est ce qui la conduit au succès thérapeutique dans bien des cas.

Il faut cependant, faire la part des indications de nécessité et des indications d'opportunité. Quoiqu'il en soit, et peut-être à la suite d'une habitude chirurgicale qui ne nous a pas fait reculer dans les cas un peu difficiles techniquement, nous n'avons enregistré aucune complication tant sur le plan urétéral que sur le plan d'une persistance d'une activité hormonale résiduelle.

Deux cas font exception cependant :

- L'un concerne l'observation numéro 2 :

On a dû réaliser l'hystérectomie sub-totale car la femme était fort jeune, 31 ans, présentant des lésions sus-isthmiques marquées. D'autre part, l'attitude de Chef de Service à l'époque exigeait la conservation cervicale.

- L'autre cas, est celui de l'observation numéro 7 : Où le désir d'une maternité nous a conduit à respecter l'ovaire contro-latéral et l'utérus.

Ce dernier cas est le seul dont nous disposons qui ait bénéficié dans les suites de l'intervention d'un traitement médical par une gynécologue de métier et dont nous vous donnons le schéma thérapeutique jusqu'à ce jour.

Après un traitement initial au Lyndiol pendant une durée de trois mois, la malade est perdue de vue et ne consulte qu'un an après.

On trouve alors au toucher vaginal une masse grosse comme un pamplemousse. Malgré l'importance de cette masse et compte tenu de la gravité d'une castration éventuelle chez cette jeune malade, on reprend le blocage par le Lyndiol.

Le schéma thérapeutique employé est celui conseillé par Chartier. Le Lyndiol sera administré de façon continue, en augmentant d'un comprimé tous les 10 jours, jusqu'à la dose de 6 comprimés par jour. On poursuit le traitement pendant un an.

La masse sans avoir diminuée franchement, est devenue plus mobile et moins tendue. On diminue progressivement les doses de Lyndiol jusqu'à deux comprimés par jour, pendant quatre mois, pour passer ensuite à un comprimé, ceci pendant encore six mois.

On assiste alors à une diminution de la masse ovarienne de manière régulière et à sa disparition.

On continue encore le traitement au Lyndiol à la dose de 2 mg, 5 et la malade doit être revue prochainement.

Un troisième cas est également intéressant c'est l'observation numéro 10.

Cette femme encore jeune a subi une hystérectomie totale devant l'intensité des lésions fibromateuses qui n'autorisaient pas la myomectomie.

La découverte de l'endométriose n'a été affirmée que par l'histologie, et c'est le seul cas qui a été implanté en per-opératoire. Il faut reconnaître qu'elle a présenté assez longtemps des troubles cliniques imputés aux hormones

implantées et ce n'est que très secondairement qu'elle a pu trouver un équilibre et des suites sans histoires.

L'impression générale que nous conservons est que nous souhaitons garder une attitude radicale dans les cas où l'endométriase paraît manifestement dépassée :

- Lésions ovariennes majeures et diffuses, bilatérales.
- Localisations multiples
- Age voisin de la préménopause
- et Coexistence de fibrome diffus, floride hyperactif, oedématisé, entraînant par ailleurs de leur côté une symptomatologie propre.

Mais il est bien évident que c'est dans l'intérêt de notre travail que nous espérons dans l'avenir modeler notre attitude et voir s'élargir des indications de la chirurgie conservatrice. Celle-ci n'est de mise que dans les cas où une grossesse est désirée chez une malade jeune, pour imposer une mutilation où les lésions ne sont pas trop diffuses et permettent d'emblée une conservation. Cette attitude est d'autant plus justifiée que les résultats actuels de traitement médical sont particulièrement encourageants.

Toutefois, nous ne méconnaissons pas les limites de ce traitement médical. La littérature est abondante sur ce sujet et les succès sont loin d'être absolus. L'essentiel comme il a été dit est de gagner du temps. Mais il faut pour ce faire, avoir un contact très étroit avec les malades et pour les chirurgiens ceci est d'autant plus indispensable qu'il exposera de ce fait leurs malades à une persistance des troubles possibles et également à des réinterventions possibles. Tout est une question de climat.

Il est des femmes qui coopèrent parce qu'elles sentent que c'est dans leur intérêt ; il y en a d'autres qui ne veulent pas entendre parler de traitement ou d'avenir grêvé par une chirurgie et qui veulent que leurs problèmes soient solutionnés le plus rapidement possible.



Ces considérations étant dites, qu'elles sont les possibilités offertes par la chirurgie conservatrice. Nous avons tendance à admettre la position de certains gynécologues qui dans les cas d'adénomyose proposent l'hystérectomie avec conservation ovarienne. Encore faut-il être sûr des localisations endométriales utérines, nous avons dit plus haut notre opinion à ce sujet et nous voulons quand même formuler certaines réserves quant au devenir de ces ovaires laissés en place.

Nombre de kystes volumineux et douloureux ont été repris dans le service chez des malades ayant subis des années auparavant une hystérectomie avec conservation, et d'autre part, la possibilité de cancer de l'ovaire sur de tels ovaires ne font pas un vain mot. Il faut hélas avoir le courage de dire à quel point on se trouve désarmé devant un cancer de l'ovaire évolutif sur le plan thérapeutique.

L'endométriiose tubaire sous forme d'un hémato-salpinx généralement isthmique peut poser le problème d'une salpingectomie ou même d'une plastie tubaire s'il y a un désir formel de maternité.

Reste enfin, les problèmes des localisations ovariennes. Nous avons déjà traité de façon conservatrice une endométriiose ovarienne unilatérale. Le problème n'est pas le même dans les localisations ovariennes bilatérales, surtout dans les formes diffuses où la résection cunéiforme n'est pas satisfaisante, dans la mesure où on espère en l'activité réelle d'un traitement médical ultérieur.

Enfin, la majorité des auteurs reconnaissent que dans les endométrioses diffuses, on pourra être amené à une intervention telle qu'une résection limitée, accompagnée parfois de résection d'un nerf pré-sacré, voire même d'une correction de la rétroversion, de la libération "des adhérences" et il faut bien admettre que les suites ne sont pas forcément dénuées de douleurs, de résultats inconstants, d'un recours obligatoire à un

traitement médical.

C'est particulièrement à ces femmes qu'il faudra faire admettre que les insuffisances d'un traitement chirurgical est essentiellement fonction d'un désir de maternité ou dans un but fort louable de conserver à ces femmes un contexte hormonal et des possibilités de menstruation.

Il faut maintenant aborder le problème de traitement moderne par des progestatifs de synthèse qui comporte l'utilisation des produits actifs de type Nor-ethindrone ou Nor-ethinodrel (utilisé en cas d'intolérance au précédant). Ce traitement comporte certains inconvénients, tant au point de vue de la longue durée d'utilisation que pour les doses importantes utilisées, elles-mêmes, cause de troubles semblables à ceux de la grossesse : changement d'humeur, dépressions modérées, douleurs abdominales, paresthésie et phlébite des membres inférieurs. C'est le seul véritable traitement susceptible d'améliorer, en dehors de la chirurgie l'endométriose de façon durable. Notre préférence va évidemment au diagnostic pré-opératoire et disons que sauf formes dépassées ou complications, dans la mesure où nous avons un diagnostic opératoire, le traitement d'épreuve nous paraît une solution très attirante et le gain de temps est souhaitable surtout en pré-opératoire.

Notre étude rapporte 3 observations inédites d'endométriiose dont les particularités de chacune nous ont paru intéressantes à souligner.

L'une a été révélée facilement sur la constatation d'une tumeur ombilicale, visible et évoquant d'emblée le diagnostic sur l'existence de saignements menstruels au niveau de cette masse.

L'autre, a égaré le diagnostic par la multiplicité des signes à la fois pelviens et digestifs, et en définitive, l'intervention a montré qu'il s'agissait d'une forme diffuse et dépassée. Son intérêt est cependant représenté par la découverte de localisations rares iléo-caeco-appendiculaires.

La troisième a amené surtout des discussions diagnostiques entre endométriiose et cancer du col utérin.

Ces trois observations ont toutes comporté une chirurgie radicale amenant une guérison complète. Argument important, certes, mais qui nous a amenés au cours de l'étude que nous avons pratiquée à réviser notre position.

Ainsi, selon nous, tout l'intérêt en matière d'endométriiose est :

1) d'établir, le plus précocement possible un diagnostic de présomption et d'essayer d'arriver à un diagnostic de certitude, si possible dans la phase préopératoire. Nous nous sommes donc attachés à analyser tous les signes cliniques qui nous ont paru devoir être retenus dans ce sens, et les examens complémentaires qui pouvaient apporter le plus de renseignements.

Parmi eux, la coelioscopie nous paraît un élément indispensable et surtout d'un très bon apport entre des mains expérimentées dans la lecture des prélèvements biopsiques et surtout des aspirations de certains liquides, qu'ils soient kystiques ou péritonéaux et leur interprétation cytologique.

2) Nous avons essayé d'isoler des formes particulières d'endométriose et d'établir, en quelque sorte, une entité anatomo-clinique, qui, par les réactions musculaires que la présence d'une endométriose peut entraîner sur l'utérus, peuvent amener sur des notions cliniques ou laparoscopiques, à discuter plus une endométriose qu'un fibrome proprement dit.

3) Enfin, si nous avons, pour illustrer, donné au long de la discussion 7 autres observations inédites, qui pour la majorité, comportaient également une chirurgie radicale, nous n'en avons pas moins pour opinion qu'actuellement avec les moyens dont nous avons discuté, le diagnostic d'endométriose doit être synonyme d'un traitement conservateur et médical. Nous donnons donc les raisons pour lesquelles il est possible d'être parfois uniquement médical, ailleurs, médico-chirurgical avec l'esprit de "gagner du temps". Parfois, seul le traitement radical sera nécessaire, nous en donnons également les raisons.

BIBLIOGRAPHIE

- BACKER G.S. et Coll. Endometriose de la gaine du nerf Sciatique
Rapport de 2 cas avec paralysie progressive. J.Neurolurg. déc. 1966
25, N°6 652-655.
- BERNARD J. Sur un cas d'Endometriose du col de l'uterus.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Sept. Oct. 1965, 17, N°4, 330-331
- BERTAUD P. et Coll. Endometriose de la paroi abdominale après
césarienne. Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Av. Mai 1966, 18, N°2, 156.
- BITTY BERRESSI L. Endometriose et stérilité. Thèse de Paris
1967, N° 196.
- BOSE A. DAVSON J. Endometriose du grêle. Brit. J. Surg. Rev.
1969 56, N° 109-111.
- BREFT J. et Coll. Sur les Endometrioses du col. Bull. Fed. Soc.
Gyn. Obst. Franç. 1965 17, N° 5Bis , 652-656
- BROCIC M. et Coll. Endometriose sur cicatrice d'épisiotomie. A
propos de 5 nouveaux cas. Press Médicale 26 Mars 66, 74 N°16 809-811.
- BROCO P. VARANGOT J. Les Endometrioses, Clinique, Anatomico-Patho.,
Pathogénie. Rapport au 48^e Congrès Français de chirurgie. Paris 1939.
- BURNS F.J. Endometriose intestinale. Intern. Surg. Dig.
Fev. 1968, 17, N°2, 72.
- CALVET J.P. et COLL. 3 cas d'Endometriose du grêle. Mem. Acad.
Chir. 1969 95, N°15 455-459.
- CARTIER R. MUSSET R. et QUEPEL F. Polype muqueux développé dans une Endometriose
DE l'ovaire. Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Franç. 1965 17 N°5bis 689-690.
- CEREMIC M. et Coll. Les localisations rares de l'Endometriose.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Franç. 1965, 17 N°5 bis, 647-648.
- CHAPTIER M. Et CORNU Cl. Endometriose et stérilité. Rev. Franç. Gyn.
Obst. Janv. 1967, 62 N°1 , 21-26.
- COUPEZ F. Endometriose du col utérin. Entretiens de
Bichat (Chirurgie et Spécialité) 1966 287-290, Expansion scient.
Franç. édit., Paris.

- DELANNOCY E. Les Endometriomes, Diagnostic opératoire et traitement. Rapport au 48^e congrès Français de chirurgie. Paris 1939
- DILTS P.V.Jr. Multiple areas of Endometriosis of the ectocervix and vagina. Amer. J. Obst.Gyn. 91 N°2 292-5 15 Janv. 1965.
- DIOP S.L. RAPPORT de l'Endometriose ovarienne et le kyste ovarien à contenu hématique. Thèse Paris 1967, N°951, 70 pages.
- DUBOIS J. Quelques causes particulières d'occlusion intestinale, Endometriose du grêle. Arch. Franç. Mal.App. Dig.; Jan. Fev. 1969, 58, N°1-2 84-85.
- ECKER J.A. et Coll. Endometriosis of the gastro-intest. tractus Amér. J. Gastro-Entero. 1964 Vol. 41 Page 405.
- ESPAGNO G. et Coll. Le diagnostic de l'Endometriose: Intérêt de la coelioscopie. Bull.Fed.Gyn.Obst.Franç., 1965, 17 N°5BIS, 611-613.
- FARROW G.M. et Coll. La sarcome endométrioïde, "stromal endometriose." Amér.J.Obst.Gyn., 15 Janv. 1968, 100, N°2, 301-302.
- FRADIN J. et ISIDOR P. Une observation d'endométriose iléale, à forme occlusive; survenue dans le postabortum. Bull. féd.Soc.Obst. Franc; 1965, 17 n°5 bis 698-700.
- FIEVEZ M. ENDOMETRIOSE DIGESTIVE Ann. Anat.-Path. PARIS 10 249-56 Jul-SEPT.65
- FRIZZI V. ZUCCEHELLI A. Contribution statistique à la connaissance de l'endométriose extra-génitale. Endométriose vésicale et intestinal Minerva chir. 15 fév. 1969 24 n°3 157-168 Bibliog.
- FRUIN A.H. et TIGHEJ.R. Métaplasie tubaire de l'endométriose J.Obst GYN Brit. Commonw. Fév.1967 74 n° 1 93- 97, 8 fig BIBL.

GANDAR R. et Coll.

A propos de 302 cas d'adénomyose
de l'utérus, Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. franç.,
1965, 17, no. 5 bis, 660-664 (Bibliogr.).

GAUTIER P., VALTILLE
C. et THEILLIER L.

Endométriose utérine révélée par des
métrorragies lors de la ménopause et après celle-ci.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. franç., 1965, 17,
no. 5 bis, 670-672.

GAUTIER P., VALTILLE
C. et THEILLIER L.

Réflexions sur une centaine d'obser-
vations d'endométriose génitale.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. franç., 1965, 17,
no. 5 bis, 641-643

GRAY L.A.

Endométriose de l'intestin: traitement
par excision et castration. Southern Med. J.,
juil. 1965, 58, 815, in Internat. Surg. Dig.,
déc. 1965, 74, no. 12, 543-544.

GREPINET J.

Polypes endométriaux de la portion intra-murale
de la trompe. Entretiens de Bichat (Chirurgie et
Spécialités), 1966, 297-302, Expansion scient. franç.,
édit., Paris.

GREEN T. H. SYMPOSIUM
ON ENDOMETRIOSIS

Clin. Obst. Gyn. Vol. 9 no. 2 JUNE 1968

Mr C.M. GROS et Coll.

De L'Endometriose Cytogene Endolymphatique
La Press Médicale 22 Septembre 1965 73/ no. 39

GUIOT G., LEVY J.,
AUQUIER L. et CONOY C.

Sciatique par endométriose (La sciatique
cataméniale). Presse méd., 15 mai 1965,
73, no. 24, 1397-1398 (Bibliogr.).

GUNTHER J.

Sarcomatose angioplasique an
endométriöse du stroma. ZBl.Gyn., 23 déc. 1967,
69, no. 51, 1857-1865, 9 fig. (Bibliogr.).

HARTMANN J. P.

L'endométriome génitale. Etat actuel
de la question. France méd., mai 1967, 30, no. 5,
227-240.

HEILBRONNER N.
(Mme)

Symptomologie de l'endométriose
(A propos de 287 observations). Thèse Paris,
1967, no. 637, 130 pages

HENSEN P.A. DOCKERTY M.B.
 SYMONDS R.E. et
 WILSON R.B.

1^{er} mai 1966, 95, no. 1, 79-90, 8 fig. (Bibliogr.).

HERTZ, BLOCH-LAINE,
BONNET et TEXIER

Une localisation rare de l'endométriome
et ses difficultés de diagnostic. (grêle).
B.M. Soc. Chir. Paris, 19 mars-2 av. 1965, 55,
no. 3, 100-103.

ISIDOR P.

Un cas d'endométriiose de la paroi d'un sac de hernie inguinale. Considérations pathogéniques. Bull.Féd.Soc.Gyn. Obst., janv.-mars 1966, 18, no. 1, 51-52.

JELIHOVSKY T. et
GRANT A.F.

Endométriose du poulmon. Rapport d'un cas
et brève revue de la littérature. Internat. Surg.
Dig., nov. 1968, 77, no. 11, 449-450.

KELLY F.I.
SHLADAMAN K.R.

Endométriosis its surgical significance
Surg. Gun. Obst 88-231-1949

- HISTEN R.D., Current Statistics of the Diagnosis and Treatment of Endometriosis
- KOSTIC P., Endométriose des organes génitaux de la femme. Analyse des cas des dix premières années. Bull.Féd.Soc.Gyn.Obst. franç., 1965, 17, no. 5 bis, 641-647
- HUNT A., Endométriose ombilicale, Liječn Vjesn, 86: 1235, 8 oct. 1964
- LAFFARGUE P., LIEUTAUD R., NOSNY Y. (Mme) et MARCELET B., Deux cas d'endométriose cytogène. Bull.Féd.Soc.Gyn. Obst., av.-mai 1968, 20, no. 2, 162-165
- LA PESTA J.P., A propos de 54 cas d'endométriose Thèse Paris, 1966, no. 915, 87 pages
- LAUCLAN S.C., Deux types d'épithélium müllerien dans une cicatrice abdominale (endométriose). Am.J.Obst.Gyn., 1 sept. 1965, 93, no. 1, 89-90.
- LEDERER B. et Coll., Endométriose intestinale Med. Welt, 36: 2061-2, 4 sept. 1965.
- LESCUT J., BIERENT P., GREGOIRE L. et BLANGY J., Endométriose de l'intestin grêle. (Actes de la Société de Gastro-Entérologie de la Région du Nord: Séance du 8 nov. 1967. Arch. franç. Mal. App. dig., av.-mai 1968, 57, no. 3, 379.
- LIEUTAUD R., AYMÉ Y., BRANDONE H. et SPITALIER J.M., Endométriome pseudo-néoplasique du côlon gauche latent et fibromyome utérin avec kystes ovariens. Bull. Féd.Soc.Gyn. Obst., av.-mai 1968, 20, no. 2, 166-168.

LOMBARDO L., MATHEOS J.H. Hémorragie sousarachnoïdienne due à
et BARROETA F.F. l'endométriose du canal spinal. Neurology, mai 1968,
18, no. 5, 425-426, 5 fig. (Bibliogr.).

GRANVILLE A., T Y., Un cas exceptionnel d'hyperplasie
et C. monstrueuse de l'endomètre associé à une
aluténue et à une endométriose pelvienne chez une
jeune fille de 18 ans. Bull.Féd.Soc. Gyn. Obst.,
juin-août 1966, 18, no. 3, 268-269.

MINTZ M., DUPRE- Le diagnostic de l'endométriose génitale
FROMENT J. et par l'association coelioscopie-cytologie. Bull.Féd.
DE BRUX J. Soc.Gyn. Obst. franç., 1965, 17, no. 5 bis, 617-621.

MONGES H. et Coll. A propos d'une observation d'endométriose
du grêle. Arch. franç. Mal. App. dig., nov. 1967,
56, no. 11, 1124 (Bibliogr.).

MORICAND R. Problème du diagnostic anatomo-patholo-
gique différentiel des endométrioses ovariennes et
des hémorragies intrafolliculaires par déséquilibre
hormonal. Bull. Féd.Soc.Gyn. Obst franç., 1965,
17, no. 5 bis, 628-633 (Bibliogr.).

NOVAK E. Pathology of Endométriosis clin Obst.
Gyn., juin 1960.

PAGES A. et A propos d'un cas d'endométriose stromale.
PUJOL H. Bull.Féd.Soc.Gyn. Obst., nov.-déc. 1967, 19,
no. 5, 476

PALLIEZ R. Endométriose ombilicale.
et Coll. Bull.Féd.Soc.Gyn.Obst., nov.-déc. 1968, 20, no. 5,
465-466.

- PALLIZ R., DELECOUR E.,
DUJONT A., MONNIER J.C. et
BEGUERI F. (A116) Endométriose sur cicatrice d'épisiotomie.
Bull.Féd.Soc.Gyn. Obst., janv.-mars 1968,
20, no. 1, 25-26.
- PALMER R. Endométriose ovarienne et stérilité.
Bull.Féd.Soc.Gyn. Obst. franç., 1965, 17, no. 5 bis,
622-624.
- PESTIAU J.P. et
WILKIN P. Remarques sur le diagnostic clinique
et le traitement de l'endométriose. Bull.Féd.Soc.
Gyn. Obst.franç., 1965, 17, no. 5 bis, 603 - 607.
- PIERON R. et Coll. Pneumothorax, puis hémithorax récidivants
révélateurs d'une endométriose. J. franç. Méd.Chir.
thor., fév.-mars 1969, 25, no. 2, 147-161, 10 fig.
(Bibliogr.).
- POZOWSKI J.,
MARUSZCZAK A. et
LUCIAK M. Un cas d'endométriose de la cicatrice
abdominale après césarienne. Polski Tygod. Lek.,
1966, 21, no. 46, 1778-1779 (Bibliogr.).
- RAMTAL M., PIANA L.,
BLANC B. et
LIEUTAUD R. Endométriose génitale et de l'intestin grêle.
Bull.Féd.Soc.Gyn. Obst., juin-août 1967, 19, no. 3,
253-255.
- RENE L., SUREAU C.,
GOUYSOU C. et
QUEREL F. Une complication exceptionnelle de
l'endométriose: la dégénérescence. Presse méd.,
23 juin 1965, 73, no. 31, 1803-1808, 7 fig.
(Bibliogr.).
- RIGAILL A.H. Endométriose du col de l'utérus.
Thèse Paris, 1968, no. 700, 127 pages.

ROBERT H.G.

Considérations sur 105 cas d'endométriose
génitale. Mém.Acad.Chir., 1967, 93, no. 11-12,
384-392.

ROCHET Y.

Les indications thérapeutiques dans
l'endométriose génitale. Cahiers méd. lyonnais,
31 oct. 1967, 43, no. 25, 2233-2241.

ROCHET Y. et
MIKAELIAN S.

L'endométriose génitale. Lyon chir.,
mai 1966, 62, no. 3, 458-475.

ROCHET Y. et
MIKAELIAN S.

Etude anatomo-clinique de l'endométriose
génitale. Cahiers méd. lyonnais, 31 oct. 1967, 43,
no. 25, 2201-2218.

ROCHET Y., MIKAELIAN S.,
CONTI C. et MICHALAS S.

Les images radiologiques indirectes de
l'endométriose utérine. C.R. Soc. franç.
Gyn., nov. 1966, 36, no. 7, 555-567, 5 fig.
(Bibliogr.).

ROUCHY R., CREZE J.,
GROSIEUX P. et
NASSIF N.

Endométriose de la cicatrice utérine
d'une opération césarienne basse. Bull.Féd. Soc.
Gyn. Obst., av.-mai 1967, 19, no. 2 181.

SANFILIPPO S. et
NIEDOBITEK

Pathogénèse d'une endométriose dans la
région de la moëlle lombaire dans une spina bifida.
Arch. F. Gyn., 1965, 200, no? 5, 452-462 (Bibliogr.).

SCOTT R.B. et
TELINDE R.W.

Extomal endometriosis. The scourge of private
patient. Ann Surg. 1950, 131, 697.

SCOTT R.B.

Malignant-Changes in Endometriosis
Obst., Gyn., 1953, 2, 283.

SCOTT R.B.,
NOWAK R.J. et
TINDALE R.M.

Umbilical Endometriosis and the Cullen
sign. Obst.and gynecologic. 11, 556, 1958.

SCULLY R.E. et
COLL.

The Development of malignancy in
endometriosis. Clin. Obst. Gyn. Vol. 9 no. 2 1968
Page 384.

SCULLY R.E. et
COLL.

A propos d'un cas d'endométriose du
sac herniaire. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., av.-mai
1967, 19, no. 2, 119-120.

SCULLY R.E. et
COLL.

L'endométriose intestinale. Sem. Hôp.
Paris, 1967, 19, no. 2, 119-120.
(Bibliogr.).

SCULLY R.E. et
COLL.

L'endométriose du grêle en tant que
problème chirurgical. Polski Tygod. Lek.,
23 sept. 1965, 20, no. 34, 1289-1291 (Bibliogr.)
(Résumé anglais).

STECK W.D. et
HELVIG E.B.

Endométriose cutanée. J.A.M.A., 18 janv.
1965, 191, no. 3, 167-170 (Bibliogr.).

THEANDER G. et
WEHLIN L.

Radiologie de l'endométriose pelvienne.
Clin. Radiology, janv. 1968, 19, no. 1, 19-32,
14 fig. (Bibliogr.).

TROISIER S.

L'endométriose génitale. Vie méd.
(enquête), mai 1967, 48, 799-814 (Bibliogr.).

VACLAVINKOVA V.
et JALUVKA V.

Problème de l'endométriose du col utérin.
Zschr. Geburtsh. Gyn., 1967, 167, no. 1, 51-64
(Bibliogr.).

VARANGOT J., GIRAUD
J.-R., et BIGNON-
SCHNIRER J.

L'endométriose génitale. I. Etiologie,
clinique, biologie et pathogénie de l'endométriose
génitale. XXI^e Congrès Féd. Soc. Gyn. Obst. langue
franç., Lausanne, 5-8 sept. 1965, in Bull. Féd. Soc.
Gyn. Obst., 1965, 17, no. 1 bis, 239-292
(importante Bibliogr.).

Y. J. J.

1961

Endometriosis

Y. J. J.

Endometriosis: a review of the literature
Gynecol. Obstet. 1961, 60, 1, 1-10

Y. J. J.

G. J. J.

Endometriosis: a review of the literature
Gynecol. Obstet. 1968, 67, 1, 1-10

W. J. J.

Endometriosis: a review of the literature
Gynecol. Obstet. 1968, 67, 1, 1-10

WILLIAM G. J.

Amer. J. Obst. Gyn. 1960, 80-4, P. 734-741
Endometriosis of the cervix uteri - A review.

YEH Th. J.

Endométriose intra-thoracique: étiologie,
implantation ou métastase, J. Thor. Surg., fév. 1937,
55, no. 2 201-206 (Bibliogr.).

ZERAIL R. et

QUININ C.

L'association endométriose-fibrome en
pathologie gynécologique à Laros. Bull. Méd. Soc.
Gyn. Obst. franç., 1936, 22, no. 6 665-674.

Vu, le Doyen honoraire
Administrateur provisoire
Professeur G. BROUET

Vu, le Président de Thèse

Professeur J. DEBRUX

Vu, et permis d'imprimer

LE RECTEUR

DE L' ACADEMIE DE PARIS

R. MALLET

